
"EFECTIVIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA: UNA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA Y CIUDAD DE ZAMORA¹"



AUTORES:

- **VICENTE MERINO BARRAGAN** (Psicólogo del INSALUD de Zamora).
- **FERNANDO JIMENEZ GOMEZ** (Universidad de Salamanca)
- **GUADALUPE SANCHEZ CRESPO** (Universidad de Salamanca)

- **EQUIPO DE CAMPO** Compuesto por las matronas de Asistencia Publica Domiciliaria (INSALUD- Zamora):
 - Angela Pérez Fonseca
 - Isabel García Palacios
 - Isabel Urbano Villanueva
 - Leonor González Cadenas
 - Mercedes Mangas Fernández,
 - M^a. Jesús Rodríguez González,
 - Purificación Fraile García
 - Rosa M^a. Córdoba Pérez
 - Rosa M^a. Pascual Maté.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD)

CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR (C.O.F.).-ZAMORA

¹ Un resumen de este estudio fue presentado en el I Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, 5-10 de Julio (1992)

Contenido

Antecedentes históricos.....	3
La Psicoprofilaxis obstétrica en la provincia de Zamora: justificación del programa.....	5
I.- METODOLOGÍA	5
I.1.- OBJETIVOS.....	5
- Objetivos generales:.....	5
- Objetivos específicos:	6
- Objetivos de este trabajo:.....	6
I.2.- ANALISIS DE LA MUESTRA:	6
I.3.- INSTRUMENTOS	7
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck H.J. y Eysenck, S.B.G. (EPI).	7
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (STAI).....	7
- Escala de Información Psicoprofiláctica, del Centro de Orientación Familiar de Zamora (E.I.P.).....	7
- Ficha de recepción-riesgo del Programa de Orientación Familiar.....	7
I.4.- PROCEDIMIENTO:	8
Primera Fase: de captación.	8
Segunda Fase: formativa y de terapia individual.	9
Tercera Fase: de valoración	10
I.5.- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	10
Tratamiento de las variables:	11
II.- RESULTADOS:	12
II.1.- DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA EMPLEADA:	12
II.2.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL EMBARAZO.....	13
II.3.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL PARTO:.....	26
II.4.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL "TRATO DEL PERSONAL SANITARIO A LA MUJER EMBARAZADA".....	33
II.5.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL FACTOR "EXTRAVERSION" DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI).....	35
II.6.- ANALISIS DE LOS CENTROS DE SALUD:.....	36
II.6.1.- Información sobre el embarazo (Gráfica XXIX):	37
II.6.2.- Información sobre el parto (Gráfica .- XXX):.....	37
II.6.3.- Ayuda de la P.P.O. (Gráfica .-XXXI)	38
II.6.4.- Trato del personal de salud a la mujer embarazada (Gráfica .- XXXII).....	38
II.6.5.- La ansiedad ante el parto (Gráfica .-XXXIII):	40
II.6.6.- Dolor en el parto (Gráfica .-XXXIV).....	41
II.6.7.- Informada/preparada para el parto (Gráfica .-XXXV):.....	42
IV.- CONCLUSIONES:	42
Bibliografía	43

Introducción

El interés manifestado por preservar la salud ha sido puesto de manifiesto desde el mismo momento de la existencia humana y todas las investigaciones llevadas a cabo desde los distintos organismos mundiales de planificación e investigación poseen como objetivo fundamental, latente o manifiesto, el bienestar de la persona desde la diversidad de su vivencia humana.

La definición del concepto de salud expresada por la O.M.S. en su Carta Magna o Carta Constitucional de 1946 fue más tarde revisada, desde una perspectiva más operativa, por Terris (1980) y posteriormente es Salleras (1985) quien trata de definir el concepto de salud desde una perspectiva más dinámica. Salleras define la salud como "el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad".

Todos los humanos necesitamos de este bienestar físico, mental y social, pero hay una característica genética que nos diferencia a los hombres de las mujeres: la gestación de la nueva persona que va a nacer. Es la mujer objeto de especial atención en este período por cuanto necesita de unos cuidados y atenciones particulares, no solamente en el embarazo, sino también en el parto y en el puerperio.

Histórica y culturalmente se ha considerado el parto como un trance difícil y doloroso en el cual la mujer tendía a mantener un papel pasivo, permitiendo que fuese el elemento biológico del organismo quien dirigiese todo el proceso del parto. En la actualidad se tiende a una transformación de esta realidad, ya que se considera que el embarazo y parto son hechos naturales y no pueden ser catalogados como enfermedades. Por otra parte, es evidente que cada vez son más numerosas las mujeres que deciden adoptar una actitud directiva ante su propio parto, para lo cual es necesario todo un programa de preparación y educación antes de que tal acontecimiento llegue a manifestarse.

Cuando la mujer embarazada alcanza las 24-28 semanas de gestación es el momento idóneo de plantearle un conjunto de técnicas de tipo teórico-práctico orientadas al conocimiento, educación y obtención de las habilidades necesarias para afrontar el parto y el puerperio sin traumas físicos y/o psíquicos.

Bajo el nombre de **Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.)** García Moreno (1985) entiende un conjunto de técnicas educativas, teórico-prácticas, que se aplican a las mujeres embarazadas a partir del sexto mes de gestación, con el objeto de que aborde el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto, junto con una información de la psicología de la gestante y de la pareja, a la par que se le entrena, por un lado, en el conocimiento de las situaciones nuevas por las que la mujer tiene que pasar durante el proceso de dilatación-parto, y por otro, en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico (respiración, relajación abdominal y perineal y pujos) y de tipo psicológico (relajación, autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades de encarar situaciones ansiógenas -desensibilización sistemática, inundación, inoculación del estrés y habilidades sociales en el ámbito hospitalario).

El objetivo fundamental de la Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.) no es solamente que la mujer participe activamente y que sea la propia protagonista de su mismo parto al colaborar con todo el personal sanitario, sino que la misma P.P.O. es fuente de salud no sólo para la madre, para el hijo y el padre.

Este cambio radical operado en nuestra sociedad sobre el rol dinámico participativo asignado a la mujer en su embarazo y parto, así como la aceptación por parte del sistema sanitario público (INSALUD) de la necesidad de ofertar dichas prestaciones a todos sus beneficiarios tiene, a nuestro entender, su base en el enriquecimiento operado en el concepto de salud ya anteriormente mencionado. Aplicado este concepto a la mujer embarazada va a permitir de manera sistemática tratar de modificar los factores sociales reforzantes, así como evaluar y controlar desde un punto de vista psicológico la ansiedad y sus diversas implicaciones en el embarazo, parto y puerperio de la mujer.

Antecedentes históricos

Siguiendo a García Moreno (1985) será el tocólogo inglés Grantly Dick Read quien desde 1919 comienza a estudiar, lo que él mismo llamaría "el problema del progreso", a partir de las aportaciones respecto al tormento, mutilación y muerte en los partos que les hicieron los doctores Simpson, Semelweis, Lisser, Pasteur y Ballantyne. Read, a la mujer le aplicaba anestesia para aliviarle el dolor, privándole así de la consciencia y de la emoción que toda mujer siente al dar a luz a su propio hijo.

El mismo G.D. Read, siendo residente en el Hospital de Londres en 1929 escribió múltiples experiencias en hogares y en Hospital sobre mujeres que habían aprendido siguiendo el método fisiológico del parto, y que en un 90 % habían logrado tener un parto natural. En 1932 logra que le publiquen su obra "Natural Childbirth" ("Parto natural"), diez años después publica "The Revelation of Childbirth" ("La revelación sobre el parto"), y en 1944 "Childbirth Without Fear" ("Parto sin miedo"). En sus escritos G.D. Read entiende que el parto es un fenómeno fisiológico al igual que otras grandes funciones de nuestro organismo y que el dolor es un producto de impulsos nerviosos y no fisiológicos. Después de sus observaciones en Zoología, Biología y Fisiología, Read expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto y mantiene que la relación triangular de Miedo-Tensión-Dolor es causa del dolor. Para ello propugna, por una parte, eliminar el miedo o temor con la confianza y el conocimiento; y por otra, eliminar la tensión intentando controlarla con la respiración y los ejercicios musculares de modo que se ablanden las fibras circulares y longitudinales del cuello del útero.

Casi al mismo tiempo (1919) en la URSS, Velvoski, Platonov, Ploticher y Smugon investigan , sobre la base de los estudios Paulovianos, acerca del dolor en el parto concluyendo que el dolor es una reacción condicionada por dos tipos de estímulos, los sociológicos y los religioso-culturales. El estímulo incondicionado viene expresado por las contracciones uterinas y éstas tienen como resultado los procesos de dilatación y expulsión, de tal manera que si al estímulo incondicionado se le asocian situaciones, ideas o leyendas de dolor, la respuesta será ya condicionada; es decir, se darán contracciones dolorosas. De esta manera era fácil concluir que habría que buscar determinadas técnicas que descondicionaran y que trataran de disociar el miedo al parto de las contracciones, a base de inculcar ideas positivas y de exaltación de la maternidad juntamente con ofrecer simultáneamente información fisiológica y obstétrica. Al mismo tiempo, estos autores observan que la pasividad se encuentra asociada a las ideas de miedo y consecuentemente con el dolor. De aquí que sea necesario controlar ambos a base de ejercicios respiratorios y musculares para que la mujer se sienta activa.

Es en 1952 cuando el tocólogo francés F. Lamaze (1958) presenta, en la Policlínica de los Metalúrgicos de París, el primer caso de parto sin dolor, llevando a cabo un programa de educación al parto a través de seis sesiones de dos horas con 15 mujeres y basado fundamentalmente en la información fisiológica y en diversas técnicas de control de estímulos.

En 1975, en EE. UU., el porcentaje de mujeres gestantes que utilizaban este tipo de prácticas es superior al 6-7 %, programa llevado a cabo bajo el nombre de "Prepared Childbirth" asumido por la "American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics".

Es en el Primer Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid (1955), cuando presenta Ruiz Elvira el primer libro publicado en español "El parto sin dolor". Este mismo año el Doctor Aguirre de Cárcer publica otro libro y el Colegio de Matronas organiza cursillos y conferencias sobre la preparación al parto a la vez que se presentan publicaciones en la revista de la Escuela de Matronas. En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad encomienda al Doctor Aguirre de Cárcer una preparación al parto que denomina "Educación maternal". Por último cabe mencionar que será la Delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y de otros muchos Ayuntamientos surgidos de las primeras elecciones democráticas quienes a través de los equipos multidisciplinares organizan en los Centros de Promoción de la Salud dichos cursos, dentro de los programas de salud materno-infantil. Muestra de este auge de la P.P.O. en España son las "Jornadas de estudios sobre P.P.O." organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona en noviembre de 1981. Será en 1982 cuando la Asociación Española de P.P.O. junto con el Ayuntamiento de Madrid, quienes celebren el primer curso para posgraduados sobre P.P.O.. En Junio de este mismo año, estas mismas entidades, organizarán unas jornadas a las que asiste el presidente de la Asociación Internacional de P.P.O., Doctor Pierre Vellay, el Doctor J.A. Hernández, otro de los pioneros en España, y el Doctor Aguirre de Cárcer.

En el momento actual la demanda en España de P.P.O. va en aumento por la presión de las Asociaciones ciudadanas, colectivos feministas, por la propia cultura y difusión personal que tienen estos servicios. A nivel sanitario, además de lo anteriormente indicado, el auge de la P.P.O., viene dado por el nuevo concepto de salud (bienestar físico, psíquico y social) y por la implantación de esta filosofía en la Atención Primaria de Salud que lleva a cabo el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que, entre otros objetivos prioritarios, está la salud preventiva, ámbito en la cual podemos situar a la mujer embarazada.

La Psicoprofilaxis obstétrica en la provincia de Zamora: justificación del programa.

La P.P.O. en la provincia de Zamora comienza en el primer trimestre de 1986 por medio del Centro de Salud "Diego Losada" (actual denominación: "Virgen de la Concha"). Se asigna la realización de dicho programa a una de las A.T.S. de plantilla que reúne al mismo tiempo la condición de Matrona.

Basándonos en el último censo, cuyos datos fueron facilitados por el Excmo. Ayuntamiento de la ciudad, la población urbana femenina en edad fértil era en esas fechas de 4.030 mujeres. Por otra parte, según los datos obtenidos del Registro Civil, la natalidad de la zona en el año de 1985 fue aproximadamente de 300 nacimientos. Según datos referidos al año de 1984 del Hospital "Virgen de la Concha", extraídos del Diagnóstico de Salud, el número de partos eutócicos supone el 88,07 % y distócicos el 8,17 %.

Asimismo, considerando los factores sociales, era destacable que la zona estaba constituida por siete barrios, diferenciados en sus características fundamentalmente por la ubicación geográfica de cada uno de ellos, siendo la más definida la situación en la margen derecha del río Duero, que implica también una división económica y cultural. En todo el contexto urbano cabe significar de una forma generalizada la falta de preparación y educación para el cuidado de la salud y la carencia de grupos organizados de participación.

Debido a que la comunidad que acogía el Centro se hallaba muy extendida, nos encontramos con pequeños núcleos de población con características rurales en su forma de vida, profesión (agricultura y ganadería) y nivel cultural. Núcleos de población marginada, con escasos recursos y medios para cubrir sus necesidades, siendo sus condiciones de vida muy precarias. Igualmente era muy destacable el ingente número de familias en las que alguno de sus miembros se hallaban en situación de paro "crónico" o desempleo, o bien el cabeza de familia percibía las prestaciones del Instituto Nacional de Empleo (INEM) como única fuente de ingresos.

De forma generalizada se percibía una baja consideración del rol de la mujer, con escasa participación de ésta en los grupos organizados.

Se detectaba, además, un bajo nivel cultural generalizado, sobre todo en la población ubicada en la margen izquierda del río Duero que también era la más deprimida económicamente. En general su inquietud e interés por alcanzar un mayor bienestar social y sanitario era escaso. Sus preocupaciones estaban basadas esencialmente en el ámbito de la subsistencia.

En este contexto de pobreza y escasez de recursos que se describe en el Diagnóstico de Salud de la zona, se puso de manifiesto la carencia total de recursos públicos orientados a la educación maternal y la preparación al parto, estando los mismos dentro de las preferencias manifestadas por la población en la encuesta previa que se llevó a cabo.

De toda esta situación se concluyó que, en general, era necesario crear un mecanismo que subsanase esta deficiencia educativo-sanitaria y, en particular, desarrollar programas específicos dentro del campo de la mujer. En este contexto se puso en marcha el programa de la mujer orientado a la preparación al parto.

I.- METODOLOGÍA

I.1.- OBJETIVOS

- Objetivos generales:

- Conocer el nivel de salud de las embarazadas de la zona
- Garantizar la continuidad de la atención
- Fomentar las relaciones con la población de la zona adscrita al Centro de Salud.
- Establecer mejores relaciones y coordinación con las instituciones, profesionales y servicios relacionados con la gestante.
- Favorecer la formación continuada de todos los miembros del Equipo de Atención Primaria de Salud.

- Fomentar la participación de la comunidad a través de Asociaciones de Vecinos, Consejo de Salud, etc.

- *Objetivos específicos:*

- Conseguir un mejor control de la embarazada
- Mejorar las condiciones físicas de la gestante
- Combatir el reflejo que vincula dolor y parto, que a su vez provoca tensión y conduce a la pérdida del autocontrol.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada
- Realizar una educación sanitaria con el fin de aumentar sus conocimientos generales sobre el período de gestación, parto y puerperio, y sobre el niño.
- Promover la lactancia materna.
- Informar sobre los servicios sanitarios y no sanitarios que tienen a su disposición y la forma correcta de utilizarlos: Trabajador social, Orientación Familiar, etc.
- Fomentar la educación y relación entre las participantes y con sus familias.

- *Objetivos de este trabajo:*

Después de 6 años de obtener las muestras necesarias para poder analizar y tratar empíricamente los datos, intentamos

- detectar hasta qué punto se ha podido lograr una adecuada participación y preparación del curso
- apreciar si han sido modificados y reestructurados de manera cognitiva los conceptos negativos que pudiese haber tenido sobre el parto,
- si hemos creado los adecuados refuerzos positivos en su entorno familiar.
- apreciar cuál ha sido su disposición y participación activa durante toda la dilatación y el parto
- valorar la sensación de miedo, ansiedad y dolor durante el parto.
- valoración del trato recibido por el personal sanitario.

I.2.- ANALISIS DE LA MUESTRA:

La muestra fue obtenida a través de distintos Centros de Salud que el INSALUD posee en la capital y provincia de Zamora. El total de mujeres embarazadas de 7 meses fue de 1193. A partir de aquí se les hizo un seguimiento que finalizaba cuando a los pocos días de dar a luz era dada de alta por el especialista.

Para este estudio y por diferentes circunstancias² se tuvieron que anular de la muestra total 329 mujeres, quedándose el total de la muestra para nuestro estudio en 864, siendo su edad media de 26 años y 7 meses. La edad mínima de embarazo se encontraba situada en los 15 años y la máxima en los 45 años.

La muestra fue obtenida en los siguientes Centros de Salud:

✓ **Zamora capital:**

- "Virgen de la Concha".
- "Parada del Molino".
- "Diego de Losada".
- "Dr. Fleming".
- "Zamora Norte".

² No todas las mujeres que comenzaron el curso de P.P.O. pudieron, por diversos motivos, terminar el mismo, por lo que algunos Cuestionarios empleados no pudieron ser cumplimentados en las diversas fases.

- "Zamora Sur".

✓ **Zamora provincia:**

- Centro de Salud Benavente Urbano y Semiurbano- Lugar de ubicación: Benavente. Comarca: Benavente.
- Centro de Salud de Villalpando. Lugar de ubicación: Villalpando. Comarca: Campos-Pan.
- Centro de Salud de Toro. Lugar de ubicación: Toro. Comarca: Bajo Duero.
- Centro de Salud de Fuentesauco:- Lugar de ubicación: Fuentesauco. Comarca: Bajo Duero.

I.3.- INSTRUMENTOS

Los instrumentos de evaluación empleados en este estudio fueron los siguientes:

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck H.J. y Eysenck, S.B.G. (EPI).

Objetivo: Nos permite conocer cuáles son en este momento las características generales de personalidad de cada mujer que, unido a otras pruebas nos permitiría apreciar si dicha persona tendrá una buena asimilación del curso P.P.O., o si, por el contrario, sería necesaria una intervención individualizada.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (STAI).

Objetivo: Nos interesaba apreciar el grado de ansiedad de la embarazada, en sus dos modalidades de "Estado" y "Rasgo" a los siete meses de gestación y poder llevar a cabo una atención más personal e individualizada en caso de que los valores apreciados mediante esta técnica fuesen considerados altos. En especial este Cuestionario de Ansiedad, nos interesaba para establecer relaciones con el mayor o menor nivel de aceptación de su embarazo, tanto por parte de la propia mujer como de su pareja, y establecer las subsiguientes modificaciones cognitivas de dicha actitud.

- Escala de Información Psicoprofiláctica, del Centro de Orientación Familiar de Zamora (E.I.P.).

Esta escala comprendía una serie de nueve ítems a contestar por el sujeto en una escala que va desde "nada" a "mucho" pasando por los estados intermedios de "algo" y "bastante". Los ítems son referidos a las siguientes áreas:

- Deseo/satisfacción del embarazo.
- Apoyos (marido/familia) al embarazo
- Información/preparación al parto
- Dolor ante el parto
- Ansiedad ante el parto
- Trato del personal sanitario.

Objetivo: Nos permite conocer con detalle cuáles son los refuerzos positivos o negativos, tanto personales como familiares que está recibiendo, y en base a ellos nos va a permitir saber, junto a otros aspectos de la personalidad, cuál será su respuesta o actitud ante la P.P.O. Por otra parte se intentaría detectar la información general que la mujer tiene sobre determinados aspectos relacionados con el embarazo y parto.

- Ficha de recepción-riesgo del Programa de Orientación Familiar.

Elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud.

Objetivo: Se pretendía poder apreciar el grado de riesgo que podría presentar la mujer en su embarazo y la atención prioritaria que habría de recibir. La evaluación de estos riesgos estaban centradas en los siguientes aspectos:

- Edad
- Número de hijos/niños deficientes

- Fecha del último parto/aborto
- Tipo del último parto (2 o menos años)
- Método anticonceptivo utilizado
- Enfermedades padecidas
- Estudios (Analfabetismo)
- Paro (afectando acusadamente a la economía familiar).
- Tipo de medicación psiquiátrica
- Fumar (más de 10 cigarrillos al día).

I.4.- PROCEDIMIENTO:

En la elaboración y planificación de este estudio hubo tres fases diferenciadas en el tiempo, en las pruebas y en los resultados:

Primera Fase: de captación.

Cuando sobre el tercer o cuarto mes de gestación la mujer es captada por el Equipo de Salud de su Zona básica, ya se le informa de la posibilidad y conveniencia de asistencia al curso de P.P.O., en el que se le van a ofrecer, entre otros contenidos, información fisiológica sobre embarazo y parto y se le enseñarán las adquisiciones de ciertas habilidades y técnicas psicológicas que, en su conjunto, le ayudarán al nacimiento de su hijo y, en definitiva, a su propia salud y la de su propio hijo. La captación definitiva y el inicio del programa de P.P.O. se inicia en la mujer con un tiempo medio de gestación de 28 semanas.

La duración del curso es de dos meses en los que dos días por semana, durante una hora y por grupos reducidos, se le ofrece por parte de la matrona, fundamentalmente, y por parte de personal especializado, la temática siguiente:

✓ A.- Educación sanitaria de la embarazada:

- Anatomo-fisiología del aparato reproductor femenino.
- Embriología: fecundación y desarrollo fetal.
- Cambios psico-físicos en la gestación.
- Género de vida en la embarazada:
 - Alimentación
 - Hábitos higiénicos
 - Relaciones sexuales
 - Hábitos nocivos
 - Trabajo y legislación
- Parto:
 - Pródromos.
 - Dilatación
 - Expulsión
 - Alumbramiento.
- Posparto y puerperio
- Cuidados del recién nacido
- Sexualidad infantil
- Lactancia materna, mixta y artificial
- Anticoncepción
- Exploración de las mamas
- Cualquier otro tema demandado por las participantes.

✓ B.- Ejercicios físicos pre-parto:

Los ejercicios físicos durante el embarazo se orientan más que a mantener una buena forma física, a reforzar determinados grupos musculares; en concreto, aquellos músculos y articulaciones involucrados en el proceso del parto.

✓ C.- Relajación y respiración:

El miedo es un estado de ánimo que puede tener consecuencias físicas que se traducen muchas veces en molestias, pudiendo llegar a ser muy desagradables e incluso dolorosas: sudor, frío, palpitaciones,

mareos, diarreas, etc., llegando en determinadas situaciones a provocar conductas de evitación y escape. La tensión nerviosa que acompaña al miedo, se manifiesta por una intensa tensión muscular que produce considerable fatiga. Si se tiene miedo al parto, se llegará a él en un estado de ánimo menos propicio para que todo se desarrolle con normalidad, condicionando un proceso más largo y doloroso.

Uno de los factores más importantes que producen miedo es la ignorancia. Para vencerlo es necesario explicar a la futura madre lo que sucede en el interior de su cuerpo y cómo colaborar conscientemente en el nacimiento de su hijo.

La relajación es un estado de reposo de los músculos voluntarios del organismo. Cuando éste se encuentra relajado consume menos oxígeno. Las contracciones son involuntarias, sin embargo, aunque no existe la posibilidad de controlarlas, sí, al menos, pueden hacerse menos dolorosas.

En condiciones normales el cuello del útero se abre gradualmente hasta llegar a la dilatación completa, pero si no existe relajación, el cuello, que ya tiene tendencia a no ceder fácilmente, se resistirá todavía más, dando lugar a las contracciones dolorosas que no resultarán muy eficaces para dilatar el cérvix.

Es importante evitar la ansiedad y tensión generalizada que siente la parturienta con la llegada de una nueva contracción, siendo necesario luchar contra el reflejo de rigidez que se produce como reacción ante el estrés de las mismas, ya que puede llegar al agotamiento y pérdida de la capacidad de autocontrol.

La respiración y relajación están íntimamente relacionadas, ya que la respiración rítmica y regulada también puede contribuir a liberar tensiones y crear un estado de relajación agradable. Cuando los músculos se contraen consumen más oxígeno, por esto es necesario favorecer un buen hábito respiratorio que contribuya a mejorar la oxigenación fetal. Conocer, dominar y diferenciar la respiración torácica de la abdominal permitirá además a la parturienta aprovechar adecuadamente las técnicas de respiración aplicadas a la dilatación y ahorrar el máximo de energías para que el expulsivo sea rápido, preservando de esta manera la salud del niño y la de la madre.

Todos estos temas se ilustran al mismo tiempo con diferentes video-tapes, diapositivas, transparencias y cualquier otro sistema pedagógico con implicación de la imagen.

El primer día de la asistencia al curso se le toman los datos de identificación y anámnesis obstétrica y se le aplican las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck
- Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI).
- Escala de Información Psicoprofiláctica (Modelo.-1) del Centro de Orientación Familiar de Zamora.
- Ficha de recepción de riesgo del Programa de Orientación Familiar.

Segunda Fase: formativa y de terapia individual.

La mujer, después de dos meses continuados, ha terminado el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica (P.P.O.)³.

En el último tercio del curso de P.P.O., una vez que la mujer ha adquirido la información, habilidades y técnicas necesarias, se inicia, con aquellas mujeres que manifiestan reacciones de ansiedad generalizada ante el hecho del parto⁴, una terapia individual conducente a la eliminación de dichos componentes ansiógenos. En el proceso de intervención individualizado se utilizan técnicas psicológicas como la Desensibilización Sistemática, la Inundación, Inoculación del estrés, etc., que recorren anticipada y pormenorizadamente la estructura física hospitalaria donde va a tener lugar el parto, los medios técnicos y humanos, así como el tipo de intervención que tendrá que realizar la mujer embarazada ante los mismos.

Se le aplica la Escala Informativa Psicoprofiláctica, modelo 2 (E.I.P.-2) del Centro de Orientación Familiar de Zamora.

Objetivo: Intentamos detectar no sólo hasta qué punto se ha podido lograr una adecuada participación y preparación del curso, sino también si han sido modificados y reestructurados de manera

³ Para una apreciación más completa del curso de P.P.O. confróntese el Anexo.-B.

⁴ de las que ya tenemos constancia por las pruebas de personalidad realizadas (EPI, y STAI).

cognitiva los conceptos negativos que pudiese haber tenido sobre el parto, o hemos creado los adecuados refuerzos positivos en su entorno familiar, etc..

Tercera Fase: de valoración

La mujer da a luz a su hijo. Durante la 24 horas siguientes al parto ha de rellenar el Modelo 3 de la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.-3) para impedir que los refuerzos que provoca el mismo niño puedan sesgar la valoración de la mujer sobre su propio parto.

Objetivo: saber "en vivo" cuál ha sido su disposición y participación activa durante toda la dilatación y el parto, así como valorar subjetivamente la sensación de miedo y dolor durante el parto. Junto a todo ello, una valoración subjetiva del trato recibido por el personal sanitario.

I.5- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Analizamos un total de 37 variables denominadas y especificadas de la forma siguiente:

- **Edad**
- **Nivel cultural.** Esta categoría fue ordenada de la manera siguiente:
 - Ninguno⁵: No termina la E.G.B. o el Bachillerato elemental.
 - Primario: Tiene cursado hasta 8º. de E.G.B. o el Bachiller elemental.
 - Medio: Cursado los estudios de B.U.P., C.O.U., F.P.-1, o el Bachiller superior).
 - Superior: Cursado s la F.P.-2 ó estudios universitarios ya sean de tres o cinco años).
- **Procedencia:** Esta categoría fue dividida según la procedencia:
 - Rural: pueblos con un censo menor de 10.000 habitantes.
 - Urbana: pueblos o ciudades con un censo superior o igual a los 10.000 habitantes.
- **Nº. de embarazos:** distinguiendo:
 - Primero: primer embarazo
 - Segundo: segundo embarazo
 - Tercero ó más: mujeres que habían tenido 3 ó más embarazos.

Subrayamos que ninguna mujer, independientemente del número de embarazos, había recibido antes un curso de P.P.O.

✓ **Variables que hacer referencia al *Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)* en su versión castellana (Sección de Estudios de TEA):**

- **EPI/N:** Neuroticismo de Eysenck.
- **EPI/E:** Extraversión de Eysenck
- **EPI/S:** Sinceridad de Eysenck.

✓ **Variables que hacen referencia al *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI)* según versión castellana (Sección de Estudios de TEA):**

- **STAI/E:** Ansiedad-estado de Spielberger.
- **STAI/R:** Ansiedad-rasgo de Spielberger.

✓ **Variables que hacen referencia a los distintos ítems de la *Escala ("nada-algo-bastante-mucho") de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.)* del Centro de Orientación Familiar de Zamora.**

✓ **- Aplicada el primer día de asistencia al curso de P.P.O.**

- **E.I.P.-1/1:** intenta evaluar una gradación de su deseo del embarazo
- **E.I.P.-1/2:** intenta apreciar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su marido durante el embarazo.
- **E.I.P.-1/3:** intenta detectar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su familia (padres, hermanos, etc.) durante el embarazo.
- **E.I.P.-1/4:** intenta obtener el grado de información que tiene sobre el embarazo.
- **E.I.P.-1/5:** intenta estimar el grado de información que posee sobre el parto.

⁵ Esta variable tuvo que ser eliminada ya que presentaba una incidencia muy escasa (0,56%).

- *E.I.P.-1/6*: intenta evaluar qué grado de dolor se puede sufrir en el parto.
- *E.I.P.-1/7*: intenta apreciar si la mujer embarazada se encuentra adecuadamente informada o preparada para asistir a su parto.
- *E.I.P.-1/8*: intenta estimar el grado de miedo o ansiedad que le genera el pensar en el momento del parto.
- *E.I.P.-1/9*: intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer embarazada está recibiendo por parte del personal sanitario.

✓ - **La misma Escala de Información Psicoprofiláctica, es aplicada una vez terminado el curso de P.P.O.**

- *E.I.P.-2/1*: intenta evaluar una gradación de su deseo del embarazo
- *E.I.P.-2/2*: intenta apreciar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su marido durante el embarazo.
- *E.I.P.-2/3*: intenta detectar el grado de apoyo que la mujer está recibiendo de su familia (padres, hermanos, etc.) durante el embarazo.
- *E.I.P.-2/4*: intenta obtener el grado de información que tiene sobre el embarazo.
- *E.I.P.-2/5*: intenta estimar el grado de información que posee sobre el parto.
- *E.I.P.-2/6*: intenta evaluar qué grado de dolor se puede sufrir en el parto.
- *E.I.P.-2/7*: intenta apreciar si la mujer embarazada se encuentra adecuadamente informada o preparada para asistir a su parto.
- *E.I.P.-2/8*: intenta estimar el grado de miedo o ansiedad que le genera el pensar en el momento del parto.
- *E.I.P.-2/9*: intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer embarazada está recibiendo por parte del personal sanitario.

✓ **La Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.-3) es aplicada dentro de las 24 horas siguientes a producirse el parto. Los ítems de este modelo están referidos especialmente para poder reflejar esta situación. Las variables son las siguientes:**

- *E.I.P.-3/1*: Intenta valorar el grado de satisfacción de la madre.
- *E.I.P.-3/2*: Intenta apreciar los apoyos recibidos tanto de su marido como de su familia.
- *E.I.P.-3/3*: Intenta confrontar si la embarazada estaba adecuadamente informada/preparada para asistir a su parto.
- *E.I.P.-3/4*: Intenta apreciar si la P.P.O. le ayudó durante el tiempo de la dilatación.
- *E.I.P.-3/5*: Intenta valorar si la P.P.O. le ayudó durante el intraparto o expulsivo.
- *E.I.P.-3/6*: Intenta apreciar si la P.P.O. le ayudó durante el tiempo de la estancia hospitalaria.
- *E.I.P.-3/7*: Intenta evaluar el miedo o ansiedad que le generó el momento del parto.
- *E.I.P.-3/8*: Intenta evaluar el grado de dolor sufrido durante el parto.
- *E.I.P.-3/9*: intenta valorar el grado ("Bueno-regular-malo") de atención que la mujer ha recibido por parte del personal sanitario.

- **Riesgo**: A través de la Ficha de Recepción-Riesgo del Programa de Orientación Familiar, intenta apreciar el grado de riesgo que presenta de que el embarazo o el parto se presente con algún tipo de problemas. Esta ficha fue completada el primer día de asistencia al curso de P.P.O.

Tratamiento de las variables:

De cada una de estas variables se obtuvieron los diferentes estadísticos de tendencia central, se efectuaron igualmente las correlaciones correspondientes y se obtuvieron los Análisis de Varianza pertinentes. La significación estadística solamente ha sido reflejada en los niveles de confianza del 5 y/o 1%, aunque, en algunos casos, estos niveles pudiesen ser rebasados en su significación. En el Anexo A presentamos en diferentes Tablas los datos más interesantes

II.- RESULTADOS⁶:

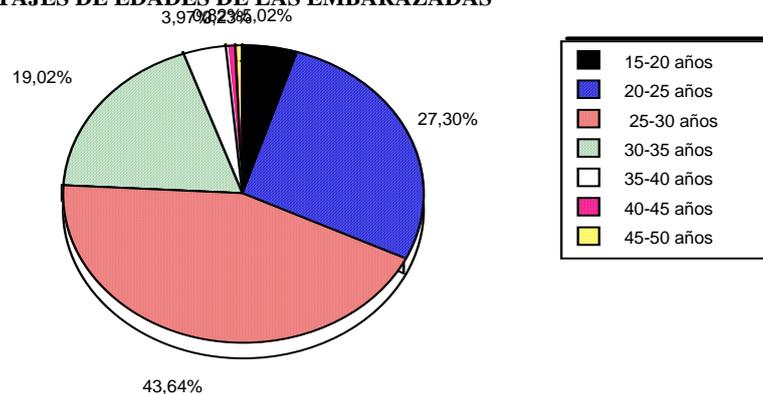
De todos los resultados obtenidos con el estudio de las distintas variables, vamos a exponer solamente aquellos que nos han parecido más interesantes y al mismo tiempo realizaremos una serie de comentarios, siendo conscientes de que no agotamos la diversidad de los comentarios sobre los resultados que nos aportan estos mismos datos. Vamos a referirnos a estos resultados por diferentes temas:

II.1.- DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA EMPLEADA:

A continuación exponemos una serie de Gráficos (tipo “pastel”) que hacen referencia al tipo de muestra que hemos obtenido y que pueden ser ilustrativas para comprender mejor todo este estudio.

GRÁFICO .-A

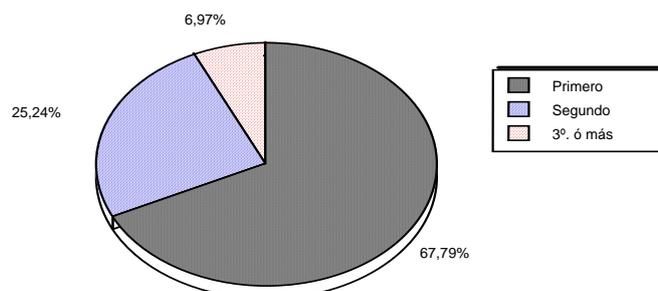
PORCENTAJES DE EDADES DE LAS EMBARAZADAS



Estos datos hacen referencia al porcentaje de mujeres embarazadas según la edad ⁷. Se puede apreciar perfectamente (Gráfico.-A) que la edad más elegida por estas mujeres se encuentra entre los 25-30 años en donde un 43,64 % de mujeres presentan algún embarazo. En edades posteriores, el porcentaje baja sensiblemente.

GRÁFICO.- B

PORCENTAJES EN NUMERO DE EMBARAZOS



A través del Gráfico.-B podemos apreciar que muy cerca de dos tercios (67,90 %) de las mujeres que nos han visitado son primíparas, y que el tercio restante se lo reparten entre las que tienen un segundo o más embarazos.

Si nos fijamos en el Nivel Cultural de nuestras mujeres embarazadas (Gráfico. -C), podemos apreciar que la mujer sin “ningún” nivel apenas si la encontramos (0,56 %), y que prácticamente la mitad de las mujeres (49,03 %) son de un nivel considerado como “primario”, es decir que tienen hecho el Bachillerato Elemental o la E.G.B. hasta el curso 8º. Las mujeres con un nivel “medio”, es decir, aquellas que han hecho el Bachiller Superior o han terminado COU o la el Primer grado de Formación Profesional, nos ocupan un 34,58 %. Las de un nivel “superior” ocupan un 15,83 %. Es decir, las mujeres que acuden a

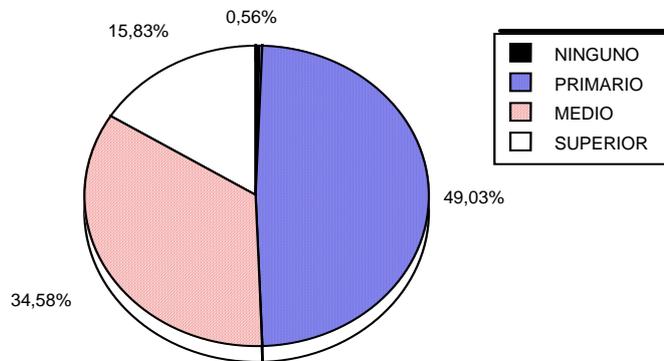
⁶ Expuestos en el Anexo A: Tablas.

⁷ Puede confrontarse para mayor claridad, la Tabla.-I en el Anexo .-A.

nuestros centros para dar a luz son fundamentalmente las de nivel cultural “primario” y “medio”. Habrá que apreciar si estos porcentajes se acomodan o difieren a los estadísticos de la población femenina normal Zamorana, para poder apreciar las semejanzas o diferencias.

GRÁFICO .-C

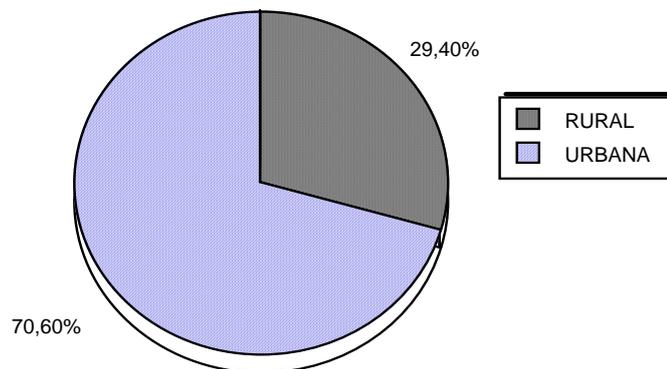
PORCENTAJES SEGUN NIVEL CULTURAL



Cuando nos preguntamos qué porcentajes de mujeres que han dado a luz en estos 6 años son de procedencia “rural” o “urbana”, podemos apreciar (Gráfico .-D) que un tercio (29,40 %) de la población es “rural” y dos tercios (70,60 %) de la población es “urbana”.

GRÁFICO .- D

PORCENTAJES SEGUN PROCEDENCIA



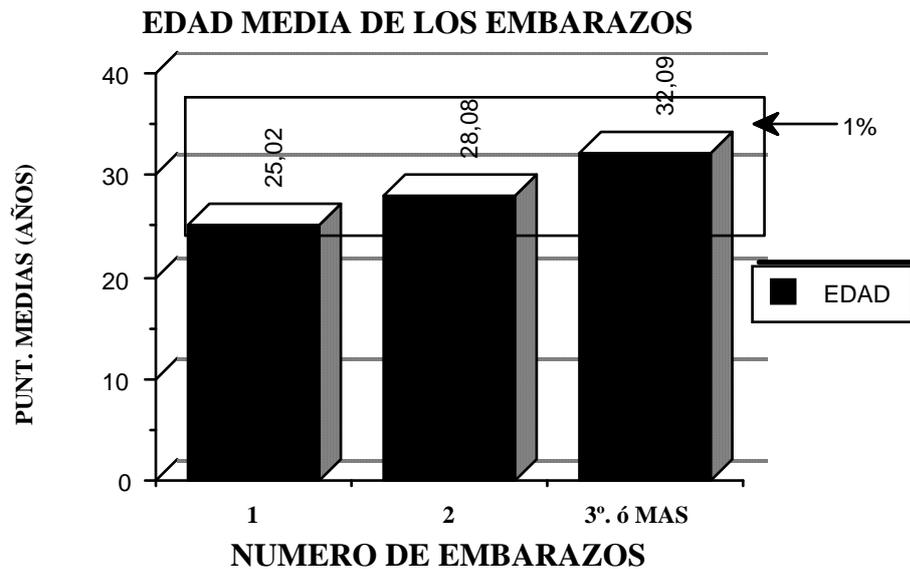
Es importante apreciar estos datos en toda su implicación sabiendo el número de Centros de Salud y Personal de Salud que tenemos dedicados a estos menesteres. Desde aquí se pueden obtener numerosas conclusiones que pueden afectar a variables de organización y planificación.

II.2.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL EMBARAZO.

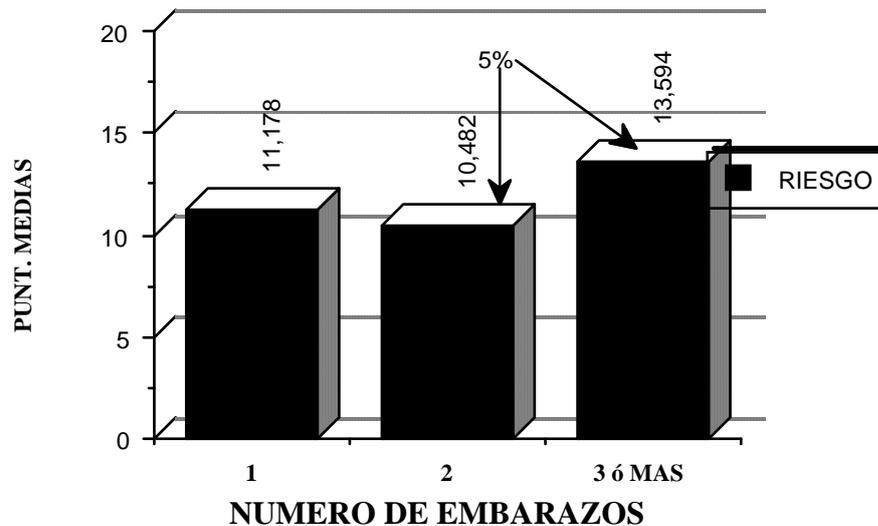
Si analizamos la *edad media de los embarazos*, (Gráfica.-I) podemos apreciar un aspecto muy sencillo: que con la edad aumenta el número de embarazos, donde aproximadamente a los 25 años se tiene el primer hijo, a los 28 (casi 29 años) el segundo y a los 32 (casi 33) se comienza a tener el tercero o más embarazos

Evidentemente el *riesgo de los embarazos* aumenta *según aumenta el número* de éstos, y la gráfica correspondiente (Gráfica.-II) nos muestra que no hay prácticamente riesgo entre el primer y segundo embarazo, pero sí hay ya una diferencia, estadísticamente significativa (al n.c. del 5%) cuando se tiene el tercer o más embarazos.

GRAFICA.-I



GRÁFICA .-II

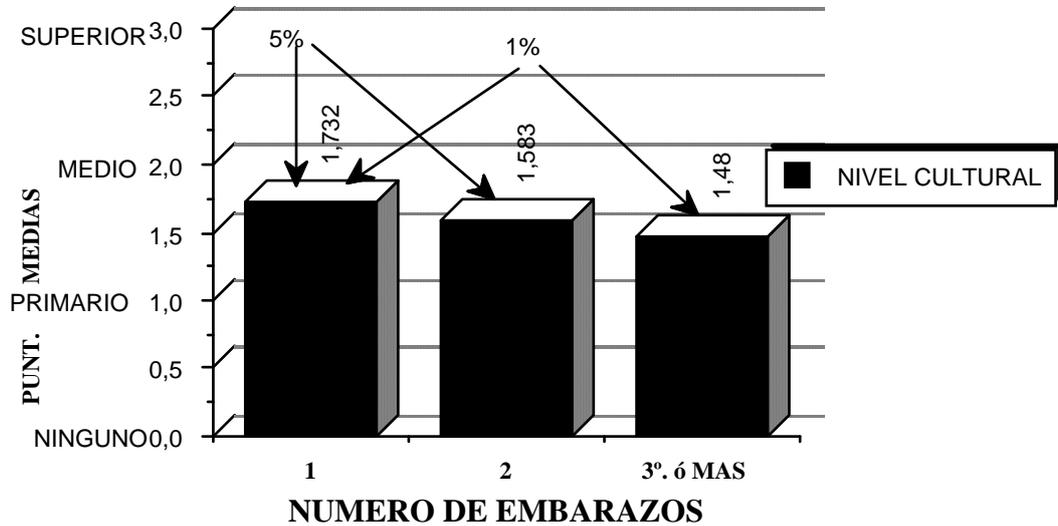
CRITERIOS DE RIESGO SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS

Cuando hemos analizado la relación existente entre el *número de embarazos* y el *nivel cultural* o, de otra manera, cuando nos hemos cuestionado si el número de embarazos aumenta o disminuye con el nivel cultural, hemos podido apreciar, según la gráfica correspondiente (Gráfica .-III), que según disminuye el nivel cultural va aumentando el número de embarazos. Es decir, de otra forma, existe una correlación negativa y significativamente estadística entre el Nivel Cultural de la embarazada y el Número de embarazos.

Podemos apreciar por la misma gráfica que el Nivel Cultural de las mujeres con un sólo hijo es más alto ya que aquellas que tienen dos hijos, siendo su diferencia de puntuaciones medias estadísticamente significativas (al 5%), y si comparamos las puntuaciones medias en Nivel Cultural de las mujeres con un sólo hijo con aquellas que tienen 3 ó más hijos, apreciamos que las diferencias son aún más acusadas y significativamente diferentes (al nivel del 1%).

GRÁFICA .-III

NUMERO DE EMBARAZOS SEGUN EL NIVEL CULTURAL

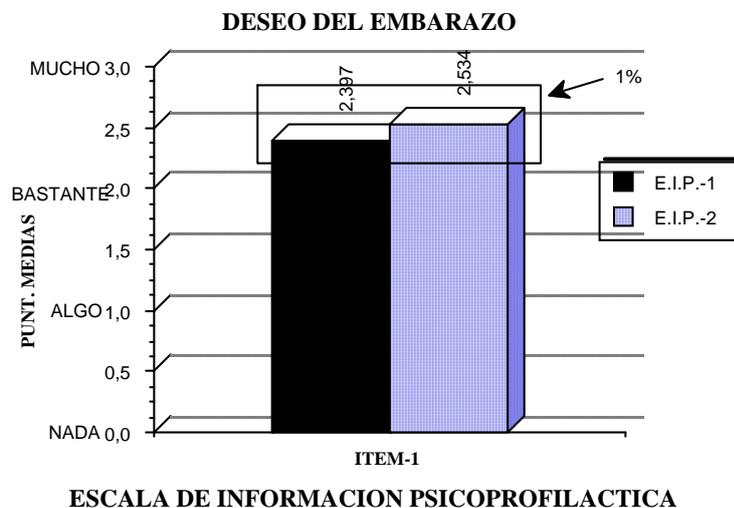


Esto se debe, entre otros factores, no a que las parejas o mujeres de menos nivel cultural tengan un deseo explícito de mayor número de hijos. El contexto general de los resultados, que detalladamente iremos viendo, apuntan a que este hecho se debe a una menor planificación, por parte de la pareja, sobre el número idóneo de miembros que debe componer el núcleo familiar, a un menor conocimiento de los medios para conseguir disociar y distinguir "relación sexual" de "reproducción" y de los recursos sanitarios a su alcance.

La mayoría de las mujeres que tienen su tercer o más hijos, en el momento de quedar embarazada han estado utilizando el "Coitus interruptus" como método anticonceptivo habitual, a pesar de que la práctica totalidad de las mismas afirman conocer la existencia de un Centro de Orientación Familiar al que la pareja tenía acceso directo y gratuito.

Respecto al grado de *deseo del embarazo* evaluado por la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.) podemos apreciar que una vez hecho el curso de P.P.O. el embarazo es bastante más aceptado que cuando llegaron hace dos meses (Gráfica .-IV).

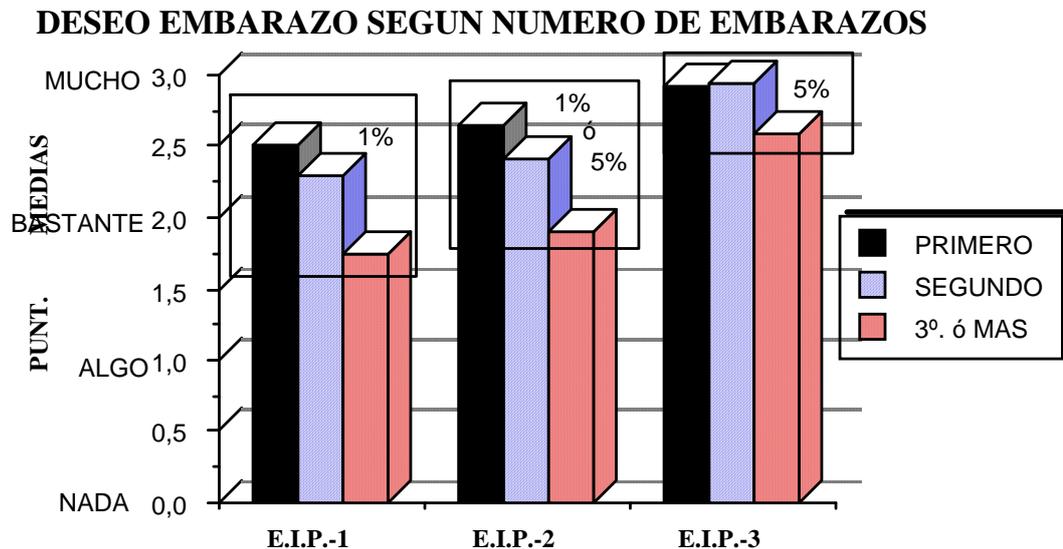
GRAFICA.-IV



Una vez nacido el niño (Gráfica .-V) la satisfacción que siente la mujer acerca de sí misma y de su hijo es la más alta de toda la Escala.

Sin embargo se puede apreciar con igual nitidez que el *deseo del embarazo* disminuye significativamente a medida que aumenta el *número de embarazos*. Esto se corrobora con los datos estadísticos cuando se correlacionan las variables correspondientes ("embarazo" / E.I.P.-1/1 = -0,259) obteniéndose una correlación negativa y significativamente estadística (n.c. del 1%).

GRÁFICA .-V



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Estas gráficas (IV y V) muestran lo que ya comentábamos anteriormente cuando nos referíamos a las variables "Nivel Cultural" y "Nº. de embarazos". En ella veíamos cómo el tercer embarazo se debía a una no adecuada planificación previa del núcleo familiar primario, de la no utilización de métodos anticonceptivos, etc. Nuevamente vemos como el tercer embarazo "sorprende" a la mujer obteniendo la puntuación más baja sobre la aceptación de su embarazo de los tres grupos (E.I.P.-1), (mujeres con un sólo hijo, dos hijos, 3 ó más hijos), siendo esta diferencia claramente significativa (n.c. del 1%) respecto de las mujeres que tienen su primer y segundo embarazo respectivamente.

El nuevo control realizado después de la P.P.O. y antes del parto (E.I.P.-2) sigue confirmando las mismas expectativas. Han mejorado los tres grupos su nivel de valoración del embarazo, siendo las primíparas las que experimentan una mayor aproximación a la plena satisfacción; modificándose ligerísimamente la satisfacción en las mujeres que están en su segundo y tercer embarazo respectivamente. Pero cuando comparamos este grupo entre sí, apreciamos que siguen siendo las mujeres que desarrollan su tercer embarazo quienes puntúan más bajo en los niveles de aceptación de su embarazo (por debajo de "bastante"), manteniendo diferencias significativas del 1% con las que tienen su primer embarazo y del 5% con quien tienen su segundo embarazo.

La valoración del E.I.P.-3 (Gráfica .-V) aporta nuevamente datos muy interesantes. El nacimiento del hijo ha aumentado los refuerzos y la gratificación en los tres grupos destacando el refuerzo que obtienen las mujeres con el segundo embarazo. No obstante y aunque la diferencia sigue siendo significativa (5%) con las mujeres que tienen su segundo hijo, las mujeres con el tercer hijo experimentan una importante modificación positiva en la aceptación de su hijo, pasando de una puntuación aproximada de 1,8 ("algo-bastante") en el E.I.P.-2 a una puntuación aproximada de 2,6 ("bastante-mucho") en el E.I.P.-3.

Los resultados apuntan a que los refuerzos del niño ya nacido y la experiencia de maternidad previa, con todo el caudal de impulso y transferencia afectiva que ello conlleva, eliminan definitivamente las últimas reticencias o supuesto rechazo a un embarazo, posiblemente no muy deseado por inesperado, y esto mismo, aunque en menos intensidad, parece darse con las mujeres que tienen el segundo hijo.

También hemos analizado los diferentes *apoyos que puede sentir la mujer embarazada*, bien por parte de su marido o por parte de su familia según que la mujer sea primípara, con un segundo o ya haya estado tres o más veces embarazada.

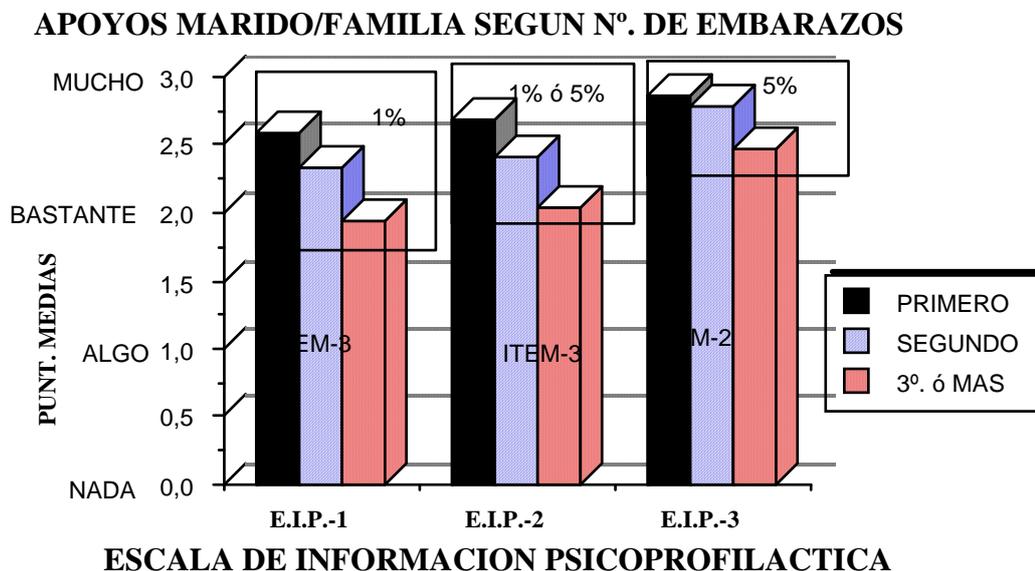
Nuevamente constatamos lo que ya comentábamos en anteriores gráficas (Nivel cultural.- Nº de embarazos y Deseo embarazo según número de embarazos). Los refuerzos positivos o apoyos que la mujer percibe estar recibiendo de su familia coinciden con la valoración y aceptación que la mujer tiene de su propio embarazo. Hay lo que podemos denominar una sintonía de refuerzos.

Analizado por grupos, las mujeres más respaldadas por su familia son las que tienen el primer embarazo, seguidas de las que tienen su segundo embarazo y, nuevamente las mujeres que están en su tercer embarazo perciben que el apoyo que reciben de sus familias es significativamente inferior (1%) al de los dos grupos anteriores (con el 1º y 2º embarazo respectivamente). No obstante el nivel de apoyo que aporta la familia a esta mujer se encuentra por encima del "bastante", por encima del nivel de aceptación que tenía la mujer con su propio embarazo, con lo que, aún siendo el más bajo de los tres grupos, el apoyo que da la familia a esta mujer es positivo para ésta sobre su propia valoración.

En el Cuestionario realizado después de la P.P.O. (E.I.P.-2) se siguen manteniendo prácticamente los mismos apoyos para los tres grupos. Siguen manteniéndose además las mismas puntuaciones de valoración por parte de la mujer que hacía el E.I.P.-1, siendo la mujer con el tercer embarazo quien sigue percibiendo los apoyos familiares más bajos y manteniendo las diferencias significativas del 1 y 5% respectivamente sobre de las primíparas y las que tienen su segundo embarazo.

El mantenimiento de los mismos niveles de refuerzo entre el séptimo (E.I.P.-1) y el noveno mes (E.I.P.-2) experimentados por la mujer embarazada son totalmente normales ya que el grupo familiar no participa en la P.P.O. y por lo tanto no es de esperar que durante estos dos meses puedan manifestarse modificaciones en la familia como se experimenta en la mujer embarazada que sí participa activamente en dicha preparación. No obstante los niveles de apoyo familiar que la mujer embarazada sigue percibiendo de su familia, aunque no se modifican, están después de la P.P.O. (E.I.P.-2), por encima de la aceptación que la mujer hace de su propio embarazo, con lo que la acción familiar se percibe como positiva y de apoyo hasta el mismo momento del parto.

GRÁFICA .-VI a (Items 3 y 2)



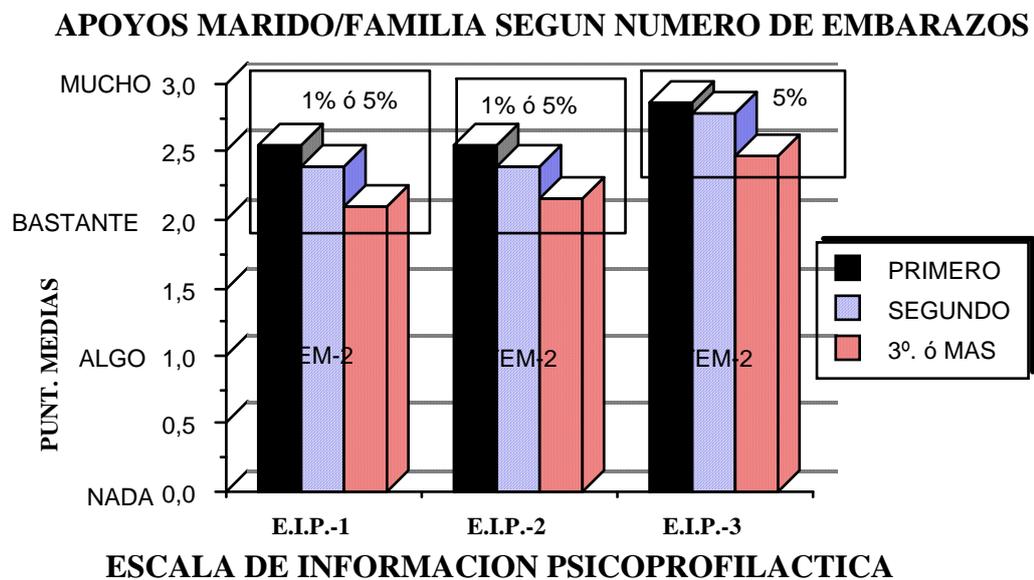
Una vez nacido el niño (E.I.P.-3), y lo mismo que pasara en la actitud de la embarazada después del nacimiento de su hijo, las familias de los tres grupos mejoran cuantitativamente el apoyo a las mujeres recién dadas a luz, según la valoración de estas últimas, respecto al que manifestaban aquellas antes del parto, y es nuevamente el grupo familiar de la mujer embarazada por tercera vez quien mejora cuantitativamente más los apoyos. No obstante comparando los apoyos de este grupo familiar (tercer o más embarazos) con los del primer y segundo embarazo, todavía los apoyos son significativamente inferiores (5%).

Los apoyos del marido que la mujer informa estar recibiendo cuando llega al Centro de Salud (a las 28 semanas: E.I.P.-1) dependiendo del número de hijos responde al mismo perfil de gráficas anteriores cuando analizábamos el nivel de aceptación del embarazo por parte de la mujer y el nivel de apoyo que esta mujer percibe de la familia.

Nuevamente los apoyos del marido confirman los mismos resultados anteriores. Existe un progresivo decremento en la percepción de apoyo que los maridos ofrecen a sus esposas a medida que va aumentando el número de embarazos, siendo, en consecuencia que las primíparas se sienten más apoyadas por sus maridos que las que tienen dos hijos, siendo la mujer en su tercer embarazo quien valora menos positivamente dichos apoyos mostrándose estas diferencias estadísticamente significativas a los niveles del 1% (entre las primíparas y las de 3 ó más embarazos), y al 5% (entre las de embarazadas por segunda vez y las que han tenido 3 ó más embarazos).

Por los controles realizados al terminar el curso de P.P.O., en el noveno mes (E.I.P.-2) observamos que se siguen manteniendo los mismos perfiles de apoyo a la esposa por parte de los maridos. Esto se debe a que los maridos no participan en la preparación al parto junto con sus esposas. Ello es posiblemente causado por la incompatibilidad laboral del marido y a la no asistencia y colaboración del marido en las fases de dilatación-parto debido, entre otros motivos, a problemas estructurales del propio Hospital que no favorecen la intimidad ni la independencia en la pareja.

GRÁFICA .-VI b (Item nº 2)

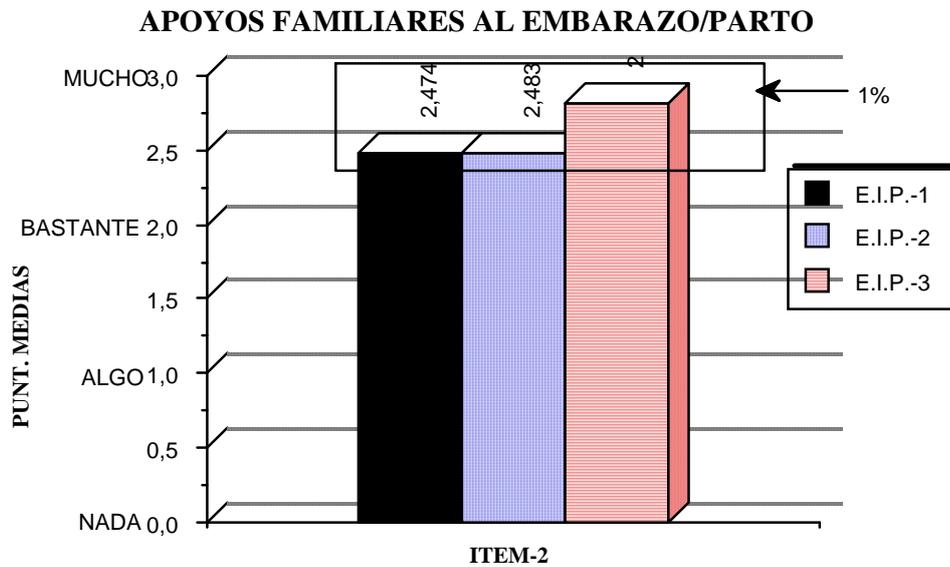


En las dos Gráficas (VI a y VI b) se observan en los tres grupos de embarazadas según su número (1, 2 y 3 ó más) cómo los refuerzos después del parto (E.I.P.-3) han experimentado una subida en los refuerzos que obtiene la mujer por parte del esposo y que coinciden también con el aumento de refuerzos que la mujer experimentaba por parte de su familia. Los resultados apuntan a que los refuerzos del niño son también para el padre un elemento esencial de cara a mejorar los apoyos a la esposa. No obstante, y aunque los apoyos que reciben las mujeres que tienen su primer y segundo hijo son muy semejantes, ambos mantienen diferencias significativas (n.c. del 5%) con los maridos que tienen su tercer hijo, que siguen siendo quienes, según sus propias esposas, menos refuerzos aportan a la pareja, a pesar de haber experimentado una subida en los apoyos respecto a los que realizaban antes del parto.

Para terminar, indicar también que los maridos una vez que tienen su segundo hijo (E.I.P.-3), como ya ocurría con las mujeres y con los apoyos de las familias en gráficas anteriores, aportan proporcionalmente más apoyo a sus respectivas esposas que en maridos que tienen su primer hijo.

En gráficas anteriores habíamos visto los *apoyos del marido* por número de embarazos. Ahora (Gráfica VI c) lo apreciamos *por grupos totales* antes de la preparación, después del curso de P.P.O. y después del parto. Antes y después de la P.P.O. no se modifican los apoyos como ocurre en la mujer porque aquel no participa en la preparación. No obstante los refuerzos del niño recién nacido sí parece ser el motivo que provoca un aumento significativo de los apoyos a la madre, según ésta (nivel de significación estadística= 1%).

GRÁFICA VI c

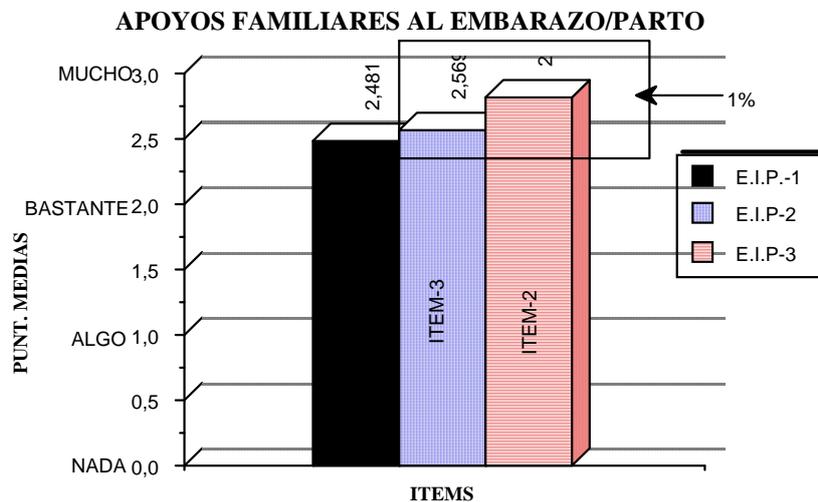


ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Como ya ocurriera en la gráfica anterior, no percibimos diferencias significativas entre el apoyo que percibe la mujer embarazada antes y después del curso de P.P.O. en relación a su familia, y no debería haberlas, como es normal, ya que en la familia, como ya ocurriera con el marido tampoco participa en la P.P.O.

Nuevamente el nacimiento del niño parece ser el desencadenante de estados emocionales positivos familiares que son reforzantes para el aumento significativo de apoyo que la mujer percibe una vez que ha dado a luz (significación al 1%).

GRÁFICA .-VI d



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Era importante analizar el *grado de ansiedad y de neuroticismo* que las embarazadas presentaban a las 28 semanas de gestación y que podría estar afectado bien por el número de embarazos o bien por el nivel cultural. Los datos obtenidos nos demuestran, efectivamente, que con el aumento del número de embarazos hay un mayor grado de ansiedad y de neuroticismo. Es decir se manifiesta una correlación positiva entre ambas variables y que a veces puede resultar estadísticamente significativa ($r= 0,133$) en el caso de la "ansiedad-estado" denominada por Spielberger.

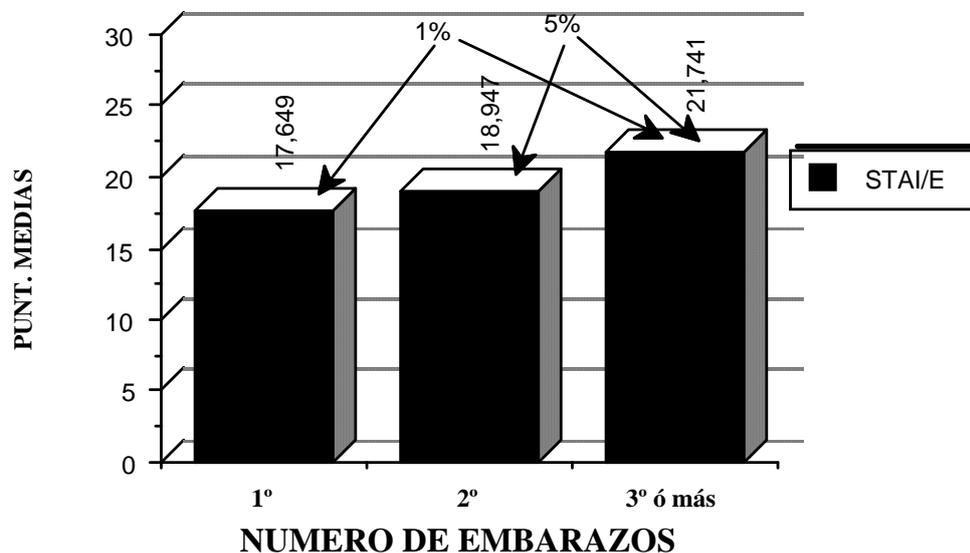
La Ansiedad-Estado (A-E) muestra el estado de tensión, estrés, ansiedad flotante, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de malestar, de tensión, así como hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Hace referencias a vivencias del momento presente. Del perfil que nos muestra la Gráfica .-VII podemos destacar las siguientes conclusiones:

a).- El tercer embarazo en la mujer se percibe nuevamente como un factor perturbador de su salud y de su equilibrio emocional respecto de las que tienen el primer embarazo (diferencia significativa al n.c. del 1%).

b).- Este mayor nivel de ansiedad confirma los resultados anteriormente comentados, al estar asociado el tercer embarazo a un nivel cultural más bajo, menos planificación del núcleo familiar, no utilización de métodos anticonceptivos, menores refuerzos del marido y de la familia durante el embarazo y una menor aceptación de su propio embarazo. Todos estos factores predisponen realmente a esta mujer a un mayor riesgo de pérdida de salud.

GRÁFICA .-VII

ESTADO DE ANSIEDAD SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS



c).- En términos absolutos las puntuaciones directas y las centiles respectivos (Baremación de población normal de mujeres⁸, embarazadas o no), nos indican que el nivel de ansiedad-estado que están viviendo los tres grupos de mujeres embarazadas, se encuentran dentro de los límites normales de la población general, siendo las mujeres que tienen su tercer embarazo quienes, como ya indicábamos anteriormente, experimentan la puntuación más alta (Puntuación Directa = 21), significando, no obstante, un Centil considerado como "normal" (C.= 50). Tal vez en este control de la ansiedad-estado tenga que ver el alto nivel de aceptación de los embarazos que manifiestan las mujeres y los refuerzos y apoyos afectivos que obtienen de su entorno familiar y de pareja.

La gráfica es suficientemente ilustrativa al apreciar en los datos que cuando concurren 3 o más embarazos el *grado de ansiedad* aumenta notablemente con respecto a cuando se han tenido uno o dos embarazos. Lo mismo ocurre cuando conceptuamos la ansiedad como un rasgo más o menos permanente en la persona y que presenta una característica singular de su personalidad. Es la ansiedad-rasgo de Spielberger, como lo demuestra la gráfica (Gráfica .-VIII).

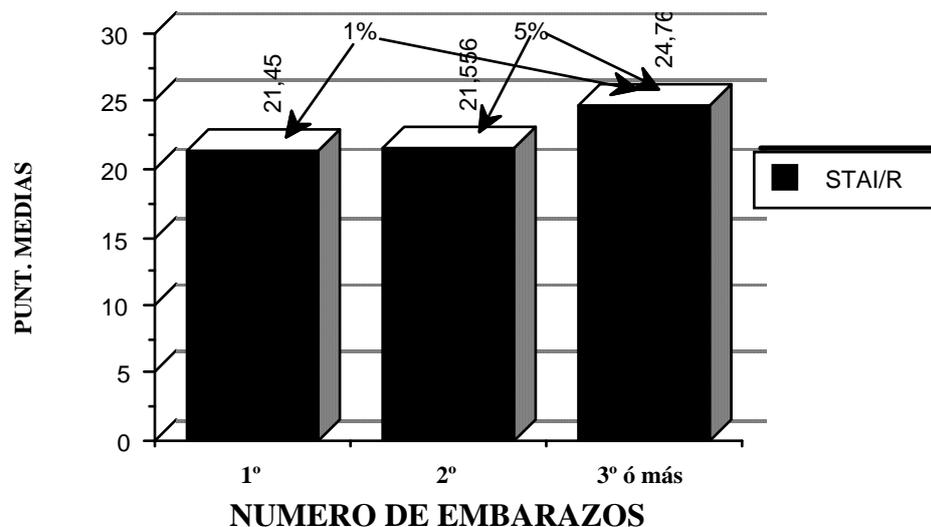
La Ansiedad-Rasgo (A-R) indica una estable propensión ansiosa, por lo que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su Ansiedad-Estado (A-E). Ante situaciones continuadas de estrés pueden llegar a producirse manifestaciones psicósomáticas.

⁸ Según los Baremos publicados por la adaptación realizada del STAI por la Sección de Estudios de TEA (1982).

El perfil de esta gráfica (VIII) nos invita a hacer las siguientes reflexiones: ratifica y da estabilidad a la gráfica anterior (VII), al expresar ésta que las diferencias habidas entre los distintos grupos no eran solo factores meramente superficiales quienes la provocaban. En esta gráfica (VIII) nuevamente se destaca la no existencia de diferencias en la E-R entre las mujeres que tienen su primer y segundo embarazo, pero se hace evidente significativamente cuando comparamos a las mujeres del primer y segundo embarazo (diferencias estadísticas al 1 y 5% respectivamente), con las que tienen el tercero, siendo estas últimas quienes manifiestan nuevamente unos mayores niveles de Ansiedad-Rasgo, patrones emocionales y cognitivos que forman parte del repertorio de conductas habitual de la mujer y que pueden hacer percibir el entorno de manera negativa y desajustada si el nivel de ansiedad tuviese un Centil elevado.

GRÁFICA .- VIII

RASGO DE ANSIEDAD SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS



No obstante, aunque existen las diferencias anteriormente mencionadas entre los grupos, los niveles de ansiedad de los tres grupos, como ya ocurriera en la gráfica anterior (VIII), se encuentra dentro de unos límites normales, siendo el más acusado el de las mujeres con el tercer embarazo que manifiestan un Centil 50 (Punt. Directa = 24,7 de media).

La personalidad neurótica presenta una serie de características peculiares que le hacen diferente en su comportamiento a la personalidad ansiosa. Evidentemente el neuroticismo produce en la personalidad del individuo unos desequilibrios más patentes que el de una personalidad ansiosa. Lo que nos cuestionábamos en este estudio, es si el *grado de neuroticismo* aumentaba según se incrementaban el número de embarazos. La gráfica siguiente es lo suficientemente ilustrativa como para poder apreciar que el tener un embarazo y el tener tres o más no es lo mismo para la salud de la mujer.

Según Eysenck, antes de la prueba (EPI) el factor "N" se encuentra en estrecha relación con el grado heredado de labilidad emocional del Sistema Nervioso Autónomo, en consecuencia, le atribuye un factor causal hereditario con unos condicionantes biológicos y constitucionales muy difíciles de modificar por las situaciones ambientales.

Traducido a terminología del DSM-III (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el factor "N" del EPI y en especial las puntuaciones más elevadas en su Centil (80-99)⁹ las podríamos asociar a los trastornos somatomorfos (trastornos por somatización). También pueden estar asociados cuando el Centil es más bajo (55-75) a trastornos por ansiedad (trastornos fóbicos y estados de ansiedad, etc.).

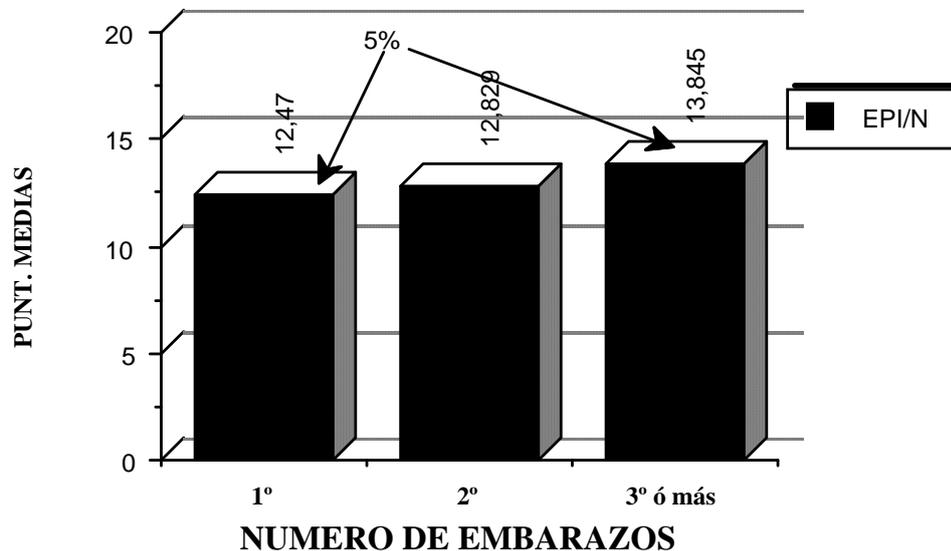
Este nuevo control de la personalidad de la mujer vuelve a confirmar, por medio del EPI, lo que ya veníamos comentando a lo largo de este análisis, escasas diferencias en el factor Neuroticismo ("N") del

⁹ Según el baremo publicado por Sección de Estudios TEA, publicado en castellano (1987)

EPI entre las mujeres con el primero y segundo embarazo y diferencias significativas entre las mujeres que tienen el primer embarazo y las que tienen el tercero, si bien en esta prueba la significación estadística ha resultado ser del 5%, no apreciándose diferencia en las mujeres con el segundo y tercer embarazo.

GRÁFICA .-IX

NEUROTICISMO SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS



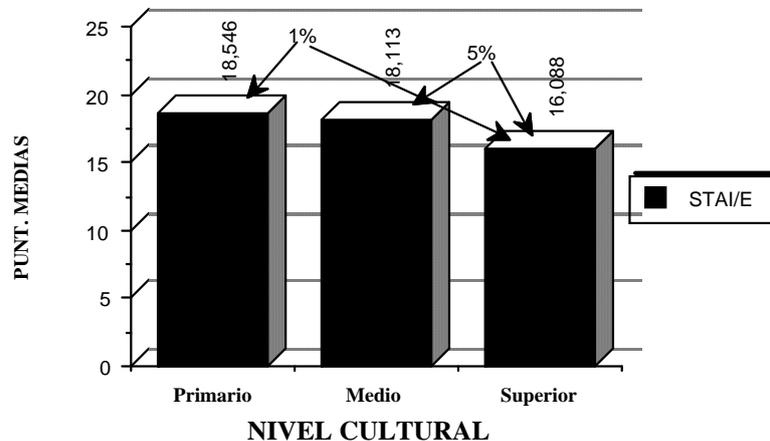
Las mujeres con el tercer embarazo se muestran como un grupo potencial de riesgo susceptible de ser tratado en un nivel preventivo de salud. Estudios paralelos de otras investigaciones ratifican esta necesidad al confirmarse en las mismas que el factor hijos, nivel cultural, económico, etc, ha implicado ya una pérdida objetiva de la salud, un deterioro de las relaciones de pareja, de un grave perjuicio para el proyecto educativo de los hijos.

En nuestro grupo, las mujeres que están en su tercer embarazo muestran como media en el factor "Neuroticismo" un Centil 75 (Punt. Directa = 13,8) que significa ya un nivel de labilidad emocional perceptible, aunque dentro de unos límites de control y que hacen conveniente una comprobación del entorno de la mujer. Y esto a pesar de los niveles de aceptación del embarazo y de refuerzos familiares que vistos en términos absolutos son interpretados como positivos y favorables.

Cuando intentamos analizar la incidencia de la *ansiedad según el nivel cultural* a través de las técnicas del EPI y del STAI, estamos apreciando por los datos que nos ofrecen las gráficas (X, XI Y XII) que, en definitiva son muy parejos.

GRÁFICA .-X

GRADO DE ANSIEDAD-E SEGUN EL NIVEL CULTURAL



Si analizamos el estado de ansiedad manifestada por la embarazada a las 28 semanas de gestación, referida al mismo momento en que se encuentra realizando la técnica, podemos apreciar que:

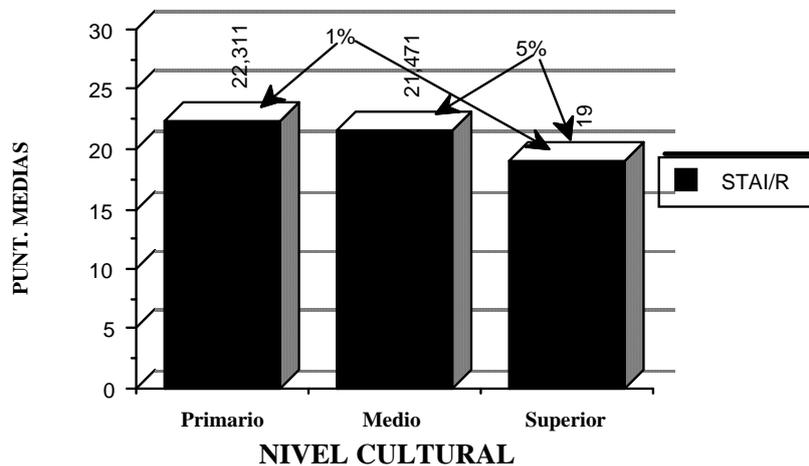
a).- Las mujeres con 28 semanas de gestación no parecen presentar más ansiedad que cualquier otra mujer (embarazada o no), cuando estos datos han sido comparados con los baremos estipulados por la adaptación española del STAI hecho por TEA. Las puntuaciones de nuestras mujeres embarazadas se encuentran dentro de la "normalidad", aunque un poco por debajo de la media de la población general.

b).- Si nuestras mujeres embarazadas las comparamos por niveles culturales, (Gráfica .-X) quienes presentan un menor nivel de ansiedad son las mujeres de nivel cultural más alto, y sus diferencias resultan ser estadísticamente significativas tanto con las de nivel "primario" (1%) como las de nivel cultural "medio" (5%). Es decir que las mujeres con un nivel "primario" y "medio" apenas si muestran diferencias en sus puntuaciones medias en el nivel de ansiedad, no existiendo entre ellas diferencia alguna significativa.

Si nos preguntáramos si nuestras embarazadas son de por sí ansiosas, si tienen la *ansiedad como rasgo cualitativo permanente* en su manera de vivir y apreciar las cosas, si la ansiedad forma parte constante de su vivencia, y no es fruto del momento dado, tenemos lo siguiente:

GRÁFICA .- XI

GRADO DE ANSIEDAD-R SEGUN EL NIVEL CULTURAL



a) - Al compararlas con el baremo presentado por TEA en su adaptación española de la población, podemos apreciar que, igual que en caso anterior, se encuentran dentro de la "normalidad" y por debajo de la puntuación media de la población general; es decir, no son más ansiosas que el resto de mujeres españolas, embarazadas o no.

b).- Si el análisis lo hacemos por niveles culturales (Gráfica .- XI) volvemos a encontrarnos los mismos resultados estadísticos diferenciales que en la anterior gráfica (X) cuando comentábamos la ansiedad-estado. Es decir, las mujeres con un nivel "superior" son menos propensas a sentirse ansiosas que las de niveles "primario" y "medio".

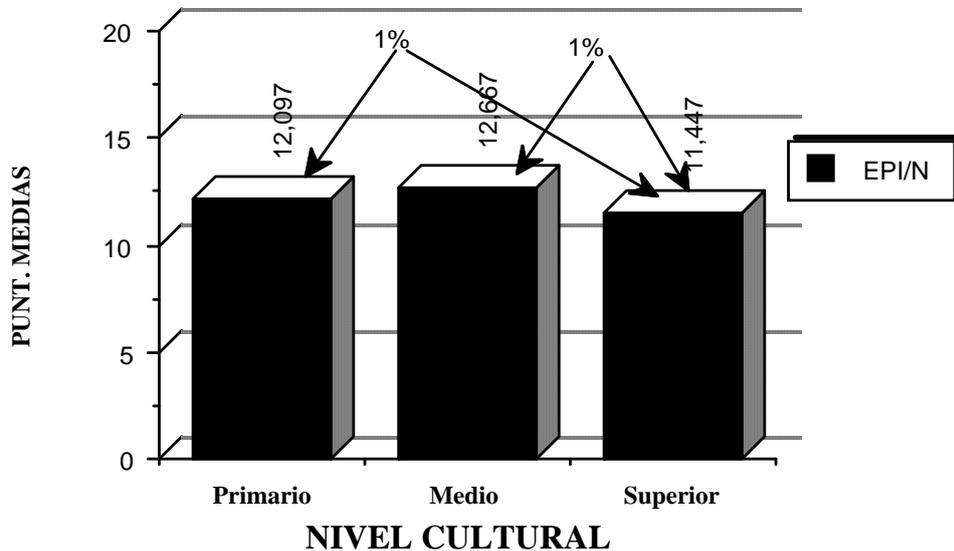
Cuando intentamos apreciar el *grado de neuroticismo* de las mujeres embarazadas, observamos dos aspectos:

a).- El nivel de neuroticismo manifestado por nuestras embarazadas se encuentran dentro de la normalidad aunque un poco elevadas (Centil 65), cuando las hemos comparado con la población general de los baremos adaptados a la muestra española hecha por TEA del EPI.

b).- Si analizamos el grado de neuroticismo según el *nivel cultural*, podemos apreciar (Gráfica .- XII) que nuevamente las mujeres con un nivel considerado como "superior" son las que presentan menos grado de neuroticismo. Comparadas sus puntuaciones medias obtenidas con las de nivel "primario" y con las de nivel "medio" podemos apreciar que sus diferencias resultaron ser estadísticamente diferentes al 1%, que nos demuestra que estas diferencias no se deben al azar, sino que existen determinadas "justificaciones" en el comportamiento de los distintos grupos de mujeres.

GRÁFICA .-XII

GRADO DE NEUROTICISMO SEGUN EL NIVEL CULTURAL

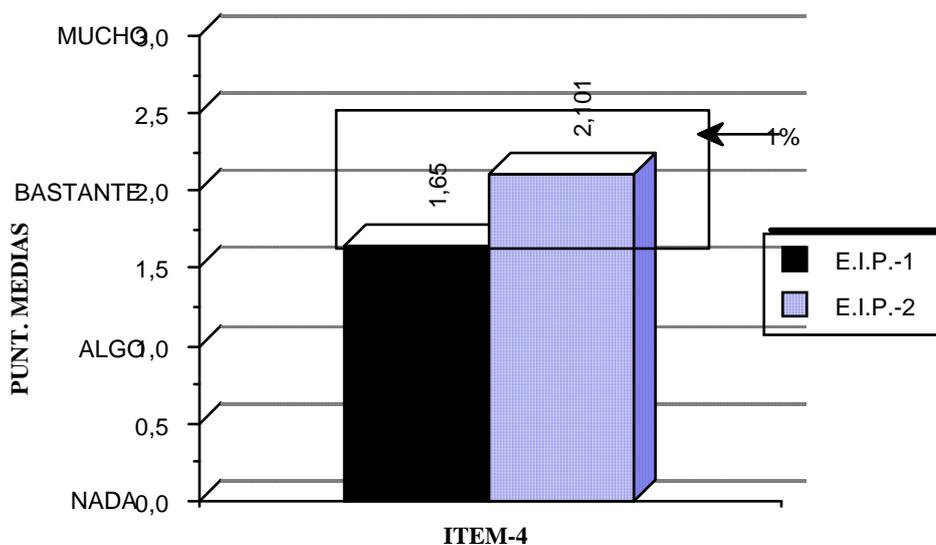


Cuando analizamos la variable *información sobre el embarazo*, (Gráfica.-XIII) era esperable que el curso de P.P.O. debería de dar resultados positivos y diferencias significativas, como así ha sucedido, en la que las embarazadas al llegar al Centro de Salud manifiestan no tener "bastante" información, para posteriormente superar este grado de una manera significativamente estadística.

Estos resultados, estadísticamente significativos (1%) validan el tipo de intervención que se está haciendo con la mujer embarazada, tanto en el plano de la educación sanitaria, ejercicios físicos, preparación, relajación y respiración, etc., como en las técnicas psicológicas de intervención individualizada: desensibilización sistemática, inundación, inoculación del estrés, etc. Todas ellas hacen que la mujer se sienta bien informada y, en consecuencia, segura de sí misma y con las suficientes habilidades para afrontar su propio parto.

GRÁFICA .-XIII

INFORMACION SOBRE EL EMBARAZO

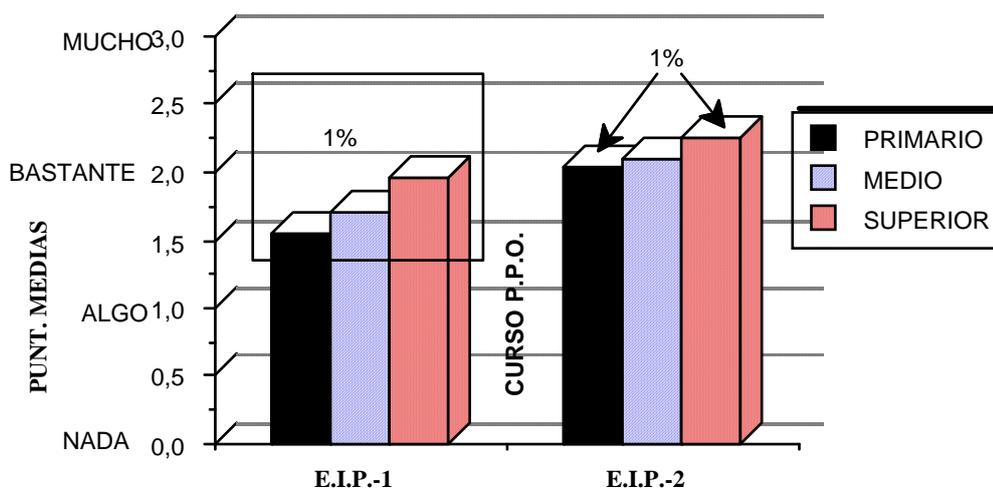


ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Si intentamos evaluar la *información del embarazo según el nivel cultural*, podemos evidenciar, como nos muestra la Gráfica .-XIV, que antes de realizar el curso de P.P.O. las que más información poseen son las embarazadas de mayor nivel cultural (existe una correlación positiva del 0,165, estadísticamente significativa al 1%), y sus diferencias entre las puntuaciones medias son igualmente significativas, al nivel del 1%, lo que nos quiere decir que estas diferencias de información antes del curso de P.P.O. son importantes y que se deberían cuidar de alguna manera. Posteriormente, cuando la mujer ha hecho el curso de P.P.O. y se le hace la misma pregunta sobre si ella cree que está informada de su embarazo, la gráfica nos muestra unas diferencias significativas solamente entre los grupos de mujeres embarazadas con niveles más inferiores y los considerados como niveles superiores.

GRÁFICA .-XIV

INFORMACION SOBRE EL EMBARAZO SEGUN NIVEL CULTURAL



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

En consecuencia, se sigue manteniendo después de la P.P.O. una diferencia importante entre los distintos niveles culturales, siendo así que las de nivel cultural más bajo que, en teoría podrían ser las más necesitadas de información y aprendizaje, siguen después de la P.P.O. manteniendo la desventaja de su nivel cultural para permitirles un mayor aprovechamiento de la P.P.O. No debemos olvidar que aquellas mujeres de nivel cultural primario son las que mayor número de hijos tienen, quienes presentan mayor tendencia a la labilidad emocional y a la ansiedad, quienes menos aceptación por el embarazo manifiestan, quienes más bajos refuerzos familiares y de pareja obtienen, y que teóricamente serían las más necesitadas de un mejor aprovechamiento.

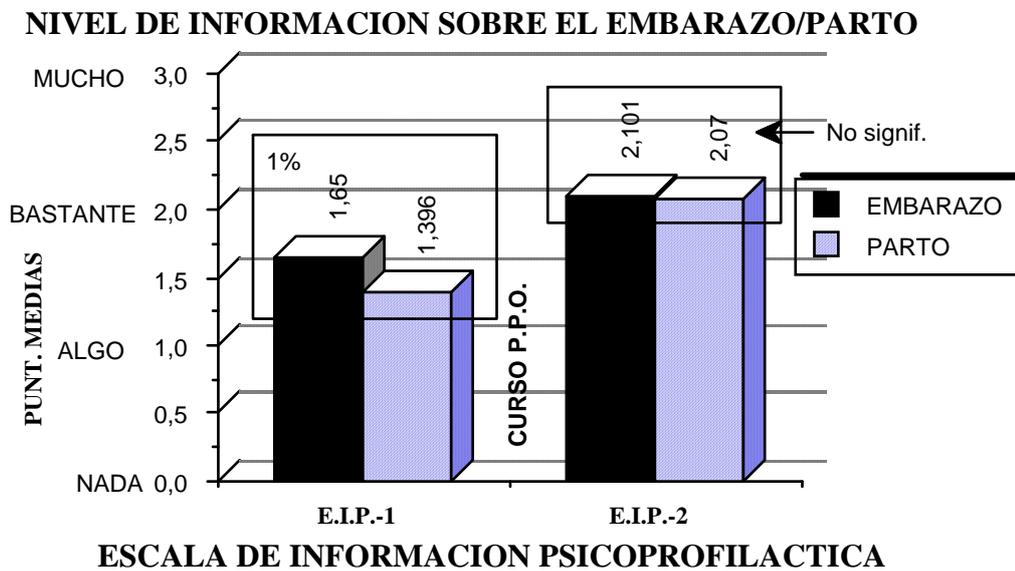
En resumen, seguimos percibiendo cómo hay factores ambientales, educativos y culturales que hacen que un determinado colectivo de población presente una especial propensión a la pérdida de salud.

De la anterior reflexión sería un error concluir que las mujeres de nivel cultural primario no experimentan una modificación favorable durante el proceso de la P.P.O. Muy al contrario, a pesar de que las diferencias entre nivel primario y superior se mantienen, los tres grupos experimentan una mejoría sustancial y en especial en el nivel cultural "primario" al compararlo con el "medio", antes y después del curso de P.P.O. en donde desaparecen las diferencias estadísticamente significativas.

Cuando nos cuestionamos: ¿las mujeres se encuentran *mejor informadas sobre el embarazo o sobre el parto?*, la Gráfica .-XV nos muestra los resultados obtenidos en dos momentos, antes de realizar el curso de P.P.O. en donde podemos apreciar que poseen "algo" de información pero significativamente diferente (al 1%) más información sobre el embarazo que sobre el parto. Posteriormente, realizado el curso de P.P.O. podemos apreciar que la cantidad de información ha aumentado sensiblemente y se igualan (ahora es "bastante"), no existiendo diferencia alguna entre la información sobre el embarazo y el parto.

Los resultados refuerzan la opinión de que los objetivos generales marcados en la P.P.O. son adecuados y están respondiendo correctamente a los fines propuestos, siendo el papel de la matrona esencial en el cambio operado en la mujer, logrando corregir las deficiencias informativas y en consecuencia mejorando la autosuficiencia de la mujer en el proceso de dilatación-parto.

GRÁFICA .-XV

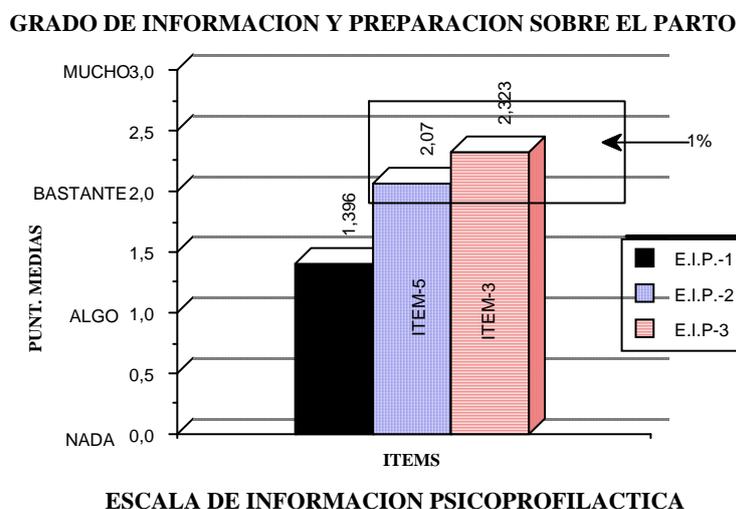


II.3.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL PARTO:

Si evaluamos el *nivel de información y/o preparación al parto* que las embarazadas tienen antes y después de realizar el curso de P.P.O., podemos apreciar (Gráfica .-XVI) que, como era de esperar, la diferencia entre el antes y el después es significativamente estadística.

Pero lo que es más importante, una vez acontecido el parto, la mujer ratifica que la información recibida ha sido muy positiva, con una valoración significativamente más positiva que la opinión que tenía después de la P.P.O., que a su vez era significativamente superior a la que tenía cuando llegó. El hecho de que después del parto mejore significativamente su valoración de la información recibida demuestra que la misma, así como la educación y medios de apoyo, han sido eficaces y gracias a ella ha desarrollado una dilatación-parto controlada por sí misma y muy positiva, respecto a las expectativas que tenía antes de la P.P.O.

GRÁFICA .-XVI

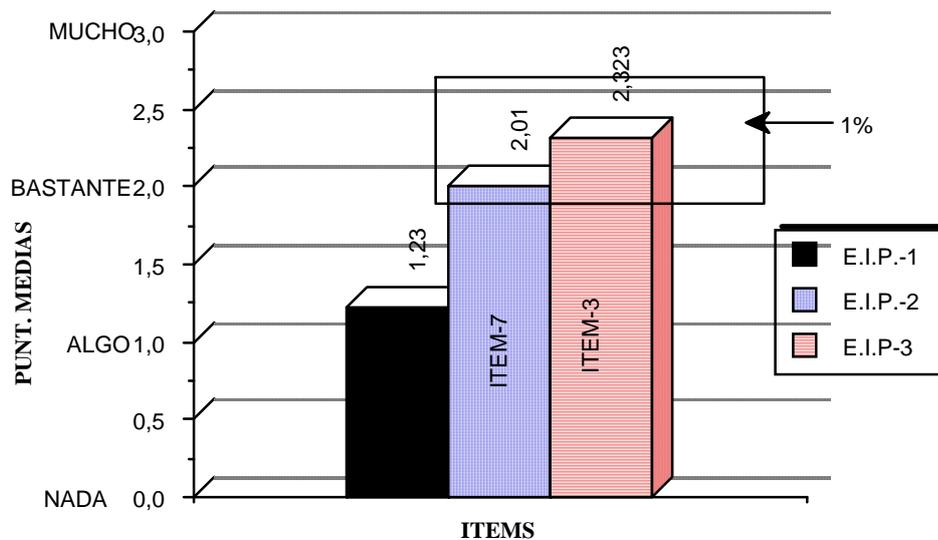


Pero si confrontamos si estas expectativas se vieron cumplidas y reforzadas una vez que la mujer dió a luz, podemos apreciar que así lo fue; es decir apreciamos que efectivamente la mujer estaba adecuadamente preparada para asistir a su parto.

Esta Gráfica (XVII), semejante a la anterior en sus resultados, evalúa parámetros similares. Si la anterior medía el nivel de información para el parto, ahora evalúa algo más completo, que implica una mayor capacidad de autosuficiencia y control, no es sólo información, ahora es dominio de las técnicas de intervención sobre su entorno y sobre ella misma. Es su propia intervención como agente activo de su parto. Ahora valoramos su propio concepto de preparación, de autosuficiencia.

GRÁFICA .- XVII

GRADO DE INFORMACION Y PREPARACION SOBRE EL PARTO



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Los resultados confirman con diferencias significativas (1%) que cuando llegan a la P.P.O. su nivel de preparación lo evalúan como "algo" (1,23). Dos meses después, al terminar la P.P.O. ya evalúan su seguridad, su preparación y autosuficiencia como "bastante" (2,01), y el parto confirma que sus expectativas después de la P.P.O. no eran erróneas, sino que por el contrario se vieron altamente ratificadas, mejorando sus propias expectativas. De lo que se deduce que su autocapacidad la llevó durante la dilatación-parto a tener un adecuado control del entorno, utilizando positivamente las técnicas y actitudes recomendadas en la P.P.O. hasta obtener un parto con resultados más positivos que las expectativas que ella misma se había generado (nivel de preparación: "bastante-mucho").

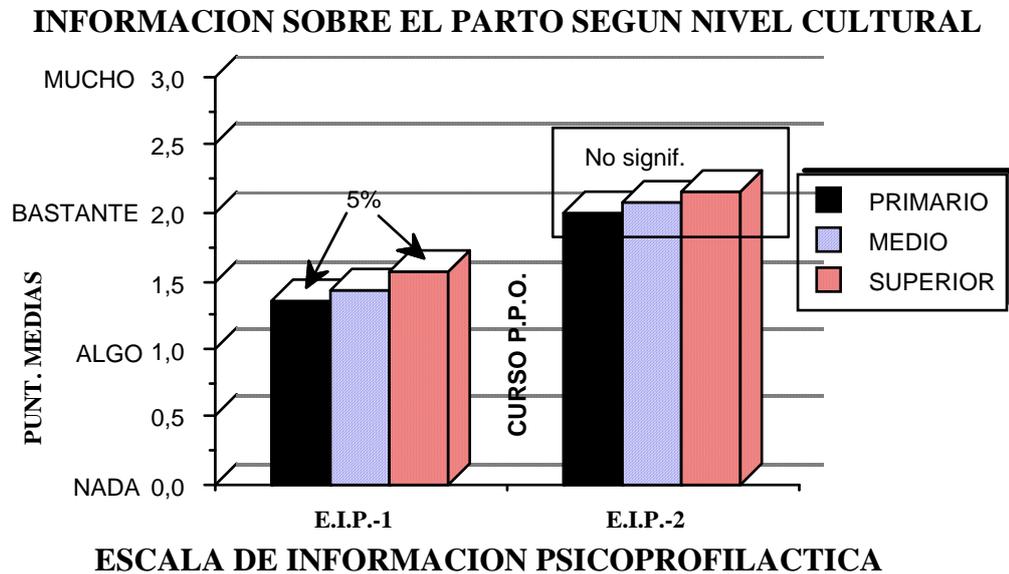
Cuando nos cuestionamos *si el nivel cultural es determinante* para obtener información sobre el parto, podemos apreciar (Gráficas - XVIII y XIX) que existen diferencias (al n.c. del 5%) entre las mujeres con un nivel cultural "primario" con las de un nivel "superior", cuando nos llegan al Centro de Salud, pero una vez realizado el curso de P.P.O. estas diferencias son anuladas.

Igual que ocurría cuando evaluábamos el nivel de información del embarazo, al inicio de la P.P.O., el nivel cultural "primario" tiene una información sobre el parto inferior significativamente (5%) al nivel cultural "superior", aunque no existen diferencias significativas con el nivel cultural "medio". Dos meses después, una vez terminada la P.P.O., los controles realizados muestran una mayor información sobre el parto en los tres grupos, evaluada por ellos como "bastante" en su límite inferior. Además las diferencias significativas habidas al inicio de la P.P.O. han desaparecido. En esta situación, la información, las técnicas de intervención y de autocontrol han logrado equilibrar los tres grupos, sin que el componente cultural se convierta, una vez más, en un factor diferenciador de este grupo de mujeres en sus posibilidades de dominio, control, y en general de salud.

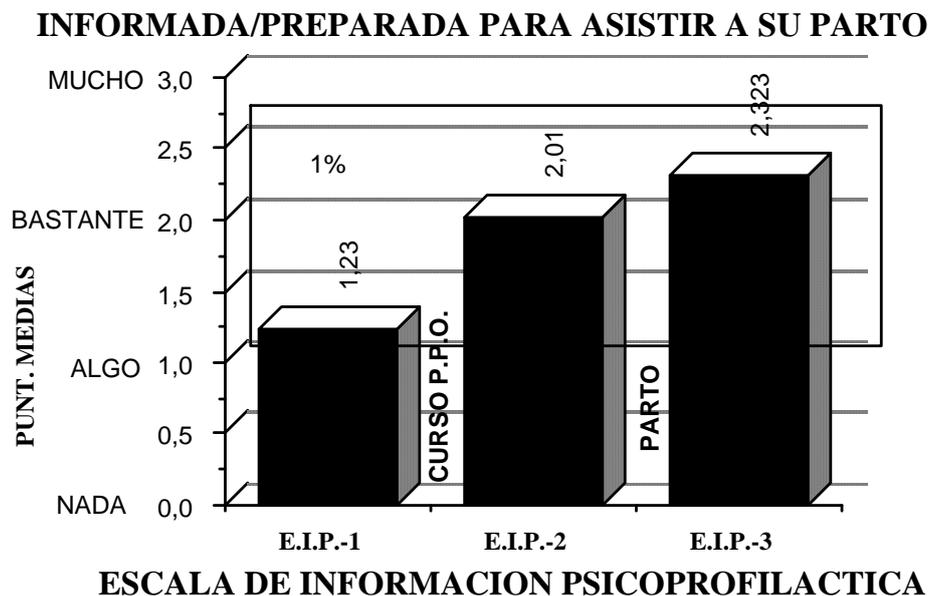
Otra cuestión que nos hemos planteado: *¿se encuentra informada o preparada la mujer embarazada para asistir a su parto?* Por los datos obtenidos expresados en la Gráfica .-XIX, podemos apreciar nítidamente que efectivamente el curso de P.P.O. les ha servido para informarse y prepararse al parto, y han podido comprobar y corroborar que efectivamente estaban preparadas una vez que sucedió el

nacimiento del niño. Todos los datos obtenidos han sido significativos estadísticamente en sus puntajes medios, lo que significa y realza la labor e importancia del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

GRÁFICA .-XVIII

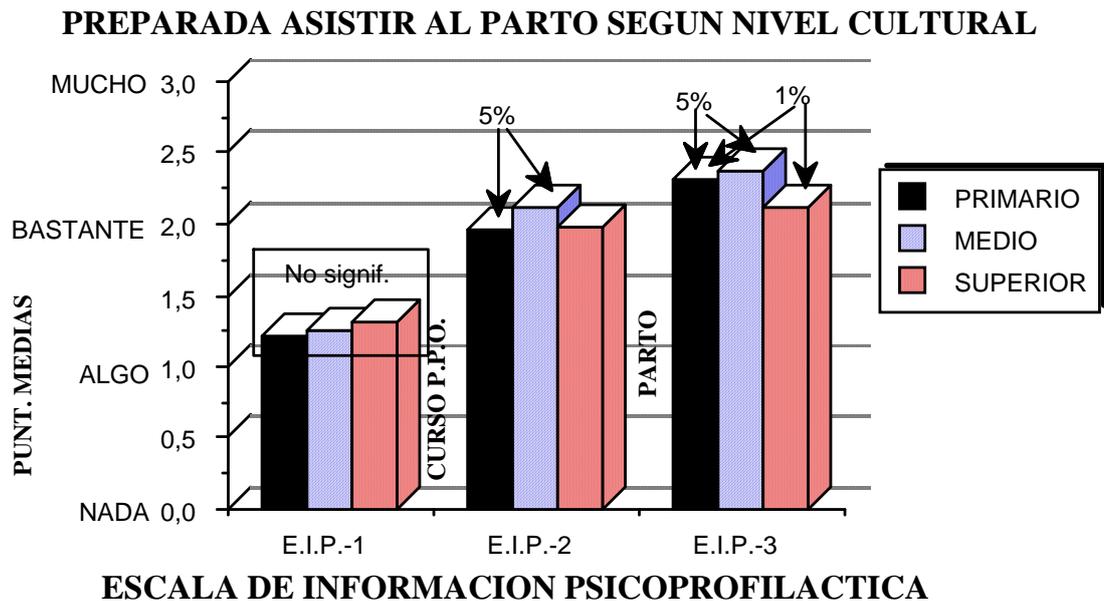


GRÁFICA .- XIX



La Gráfica .-XX muestra cómo el *nivel de información* cuando la mujer llega al Centro de Salud es evaluada por los distintos niveles culturales de "algo", que podemos traducir por "escasa", sin que en estos conocimientos previos tenga significación el nivel cultural mayor o menor. Esto nos lleva a pensar que el tema de la preparación y sus contenidos es todavía un tema casi desconocido para la población, cuando menos en nuestra provincia, y posiblemente sea extensible a casi todo el territorio nacional.

GRÁFICA .-XX



Una vez hecha la preparación (E.I.P.-2) se percibe que el grupo ha logrado una mejoría sustancial, siendo evaluada su preparación para asistir al parto de "bastante". No obstante apreciamos una diferencia significativa (5%) entre el nivel cultural "primario" y el "medio", a favor de este último, cuando lo normal sería que fuese el nivel cultural "superior" quien mantuviese dicha diferencia, teniendo por contra el nivel cultural "primario" y "superior" prácticamente la misma puntuación.

Estas diferencias que ya se habían iniciado después de la P.P.O. (E.I.P.-2) adquieren un nuevo significado después del parto. Una visión rápida de la Gráfica .-XX nos permite ver las diferencias que se han producido. A nivel de grupo las expectativas marcadas después de la P.P.O. se ven confirmadas, las mujeres ratifican que estaban bien preparadas para asistir a su parto y lo manifiestan mejorando su evaluación, que en dos de ellas (nivel cultural "primario" y "medio") se sitúa en el "bastante-mucho", mientras que las de nivel cultural "superior" consideran su capacitación significativamente por debajo de las mujeres anteriores (al 1%), existiendo entre estas dos últimas una diferencia significativa favorable para las de nivel cultural "medio" que ya se daba antes del parto (E.I.P.-2).

Estos resultados parecen guardar sintonía en lo que respecta al nivel cultural "superior", con los que se dan en las gráficas sobre la "ansiedad y el dolor ante el parto según nivel cultural".

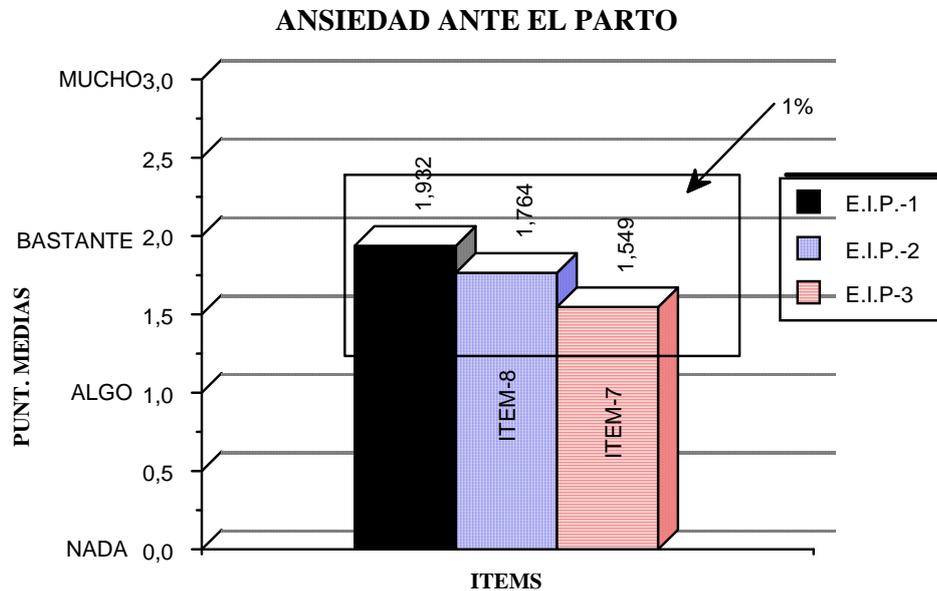
La afinidad de los resultados parece orientarnos a interpretar que el nivel cultural superior, que es el que parte con mayores ventajas al inicio de la P.P.O. (menor número de hijos, mayor nivel cultural, mayor estabilidad emocional, menor ansiedad, mayor deseo de aceptación, mayores apoyos familiares y de pareja, etc.), ante el enfrentamiento a situaciones de tensión o a la situación temida parece estar menos capacitada y sentirse más insegura para el afrontamiento de las mismas. Esto pudiera tener la explicación, ya comentada en las gráficas del dolor y ansiedad ante el parto, que este grupo de mujeres está menos habituado por sus condiciones ambientales de vida (económicas, no evaluadas en este estudio, y culturales) a enfrentarse a situaciones de temor y de dolor, mostrándose en consecuencia más insegura sobre su propia capacidad, como se refleja en la gráfica, a medida que se aproxima el momento de hacer frente a la situación dolorosa y aversiva, valorando éstas después del parto como aún más dolorosas y estresantes.

Si intentamos apreciar el *nivel de ansiedad* que la mujer siente *ante el parto*, antes y después de realizar el curso de P.P.O., podemos confrontar (Gráfica .-XXI) que la ansiedad ha disminuido sensiblemente, pero no ya sólo cuando terminó de realizar el curso de P.P.O. sino que ella misma manifiesta que durante el parto su ansiedad fue significativamente menor.

Cuando evaluábamos anteriores gráficas y veíamos cómo la mujer, bien globalmente bien por grupos culturales, etc., mejora su información, su autosuficiencia y dominio de las técnicas para la dilatación-parto, a la vez estamos disminuyendo los niveles de ansiedad, y en consecuencia mejorando la salud mental de la mujer, permitiendo con ello un mayor autocontrol para que su actuación durante la

dilatación-parto sea más controlada y pueda poner al servicio de la misma todos los conocimientos adquiridos durante la fase de Psicoprofilaxis.

GRÁFICA .-XXI



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

En resumen, la P.P.O. como Programa informativo, educativo y de intervención cognitivo conductual logra unos objetivos que no se circunscriben solamente al factor fisiológico, sino que interactúan también con componentes emocionales y psíquicos en general, terminando por ser la P.P.O. un programa de promoción y prevención de la salud.

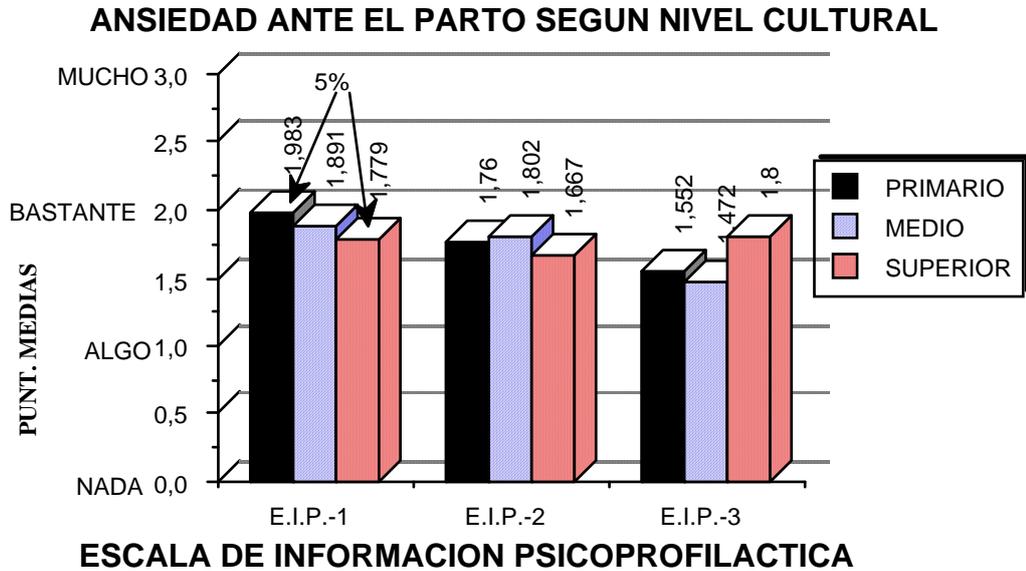
Los comentarios anteriormente vertidos viene justificados por la Gráfica .-XXI. En ella se aprecia cómo el nivel de ansiedad antes de iniciar la P.P.O. es valorado por la mujer prácticamente como "bastante" (1,932), después de la P.P.O. el nivel de ansiedad ha disminuido significativamente (1%) debido a la adquisición por parte de la mujer de conocimientos, habilidades y técnicas de intervención que a ella le resultan suficientes como para enfrentarse a la dilatación-parto con un mayor control de la ansiedad. Esta expectativa de control de la ansiedad se ve confirmada por la realidad del parto, en el que la mujer está preparada para un nivel de ansiedad superior al que realmente implica la dilatación-parto, con lo que la ansiedad vuelve a tener una disminución significativa con referencia a la que tenía cuando terminó la P.P.O. ("algo-bastante").

En el análisis de gráficas anteriores hemos repetido con frecuencia cómo la variable cultural "primario" era un factor de riesgo por diversas razones, considerando por contra, a las mujeres con nivel cultural "superior" las más estables, con menos hijos y con menos riesgo de pérdida de salud.

Ahora bien, ante el hecho concreto de la ansiedad ante el parto, los datos obtenidos nos obligan a hacer los siguientes comentarios: analizados los resultados *por grupos culturales*:

- Resulta que antes del curso de P.P.O., el grupo con una menor ansiedad ante el parto es el de nivel cultural "superior", al que lógicamente se le supone, dada su formación, unos niveles de información superiores a los del resto. A continuación, en orden creciente estarían en un mayor componente de ansiedad las mujeres con nivel cultural "medio" y quien más ansiedad manifiestan es el grupo de mujeres con nivel cultural "primario", que lógicamente carece de la suficiente información, siendo esta diferencia significativa (5%) con el nivel cultural "superior". Hasta el momento, el análisis gráfico nos parece normal ya que hemos visto, por anteriores resultados, cómo la ansiedad es inversamente proporcional al nivel de información y de cultura.

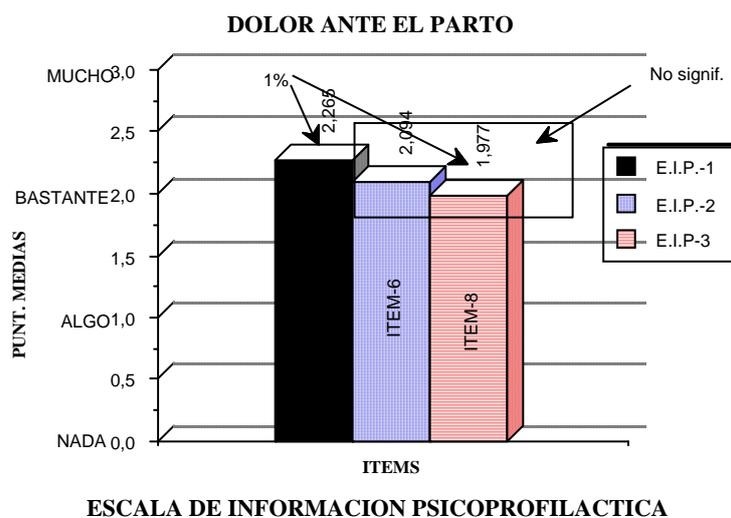
GRÁFICA .-XXII



- El estudio realizado después de la P.P.O. nos muestra cómo los tres grupos ("primarios", "medios" y "superiores") bajan los niveles de ansiedad por las razones anteriormente indicadas (factores informativos, educativos, de autocontrol, técnicas, etc.) destacando el hecho de que desaparecen las diferencias significativas entre el nivel cultural "primario" y "superior".

- Tal vez el componente sorpresa aparece cuando después del parto se aprecia cómo el grupo de mujeres de nivel cultural "superior", que hasta ese momento había mantenido unos mayores niveles de control de la ansiedad, cuando se ha producido el parto es quien más evidentemente muestra un nivel de ansiedad mayor, lo cual en principio no tiene justificación aparente basándonos en los factores de personalidad (STAI) y en la información. Tal vez una posible explicación a esta ansiedad haya que buscarla en los datos correspondientes sobre la valoración del dolor sufrido por la mujer después del parto (Gráfica .-XXIII) y analizada también desde una perspectiva de niveles culturales (Gráfica .-XXIV).

GRÁFICA .-XXIII



Si intentamos estimar la sensación de *dolor ante el parto* que puede presentar la embarazada, los resultados (Gráfica .-XXIII) nos indican que después del haber realizado el curso de P.P.O. no va a sentir tanto dolor como ella misma se creía hace dos meses. Se ha eliminado parte de la sensación de dolor, que posteriormente, cuando dé a luz, se verá corroborada esta sensación, ya que no hay diferencia

estadísticamente significativa entre su sensación después de realizar el curso de P.P.O. y después de dar a luz. Efectivamente se ha logrado disminuir el dolor.

El dolor ha sido siempre uno de los aspectos a tratar dentro del campo de la P.P.O. Se han hecho, y se siguen haciendo, diversos intentos de disminuir el dolor, pensando que éste condicionaba las respuestas de la mujer en la dilatación-parto. Dichos intentos se han realizado por medios farmacológicos, cognitivos, etc. La realidad muestra que en el momento actual el concepto de dolor de la mujer tiene asociado a su dilatación-parto cuando llega al Centro de Salud es elevado, encontrándose entre "bastante-mucho" (2,26). Durante toda la fase de la P.P.O., se realiza por parte de los profesionales una labor educativa, informativa y de adquisición de técnicas; no se les habla expresamente del dolor por separado ni se les niega la existencia del mismo. A las mujeres embarazadas se las prepara para hacer frente a situaciones en las que van a estar involucrados factores fisiológicos cuyo funcionamiento pueden implicar dolor para la mujer, e indirectamente se les ofrecen estrategias sobre el dolor que puedan sufrir en el parto.

El objetivo parece cumplirse al darse diferencias significativas (1%) entre el dolor que la mujer tenía asociado al parto y el que realmente percibe en el mismo; si bien éste es todavía considerado por la mujer, en general, como elevado ("bastante").

Una reflexión que nos parece de interés es que el dolor que la mujer experimenta después del parto, que veíamos era evaluado como "bastante" (1,97), no se corresponde con el nivel de ansiedad que la mujer dice haber sufrido durante el parto, siendo ésta última valorada por la mujer como "algo-bastante" (1,54). Estos resultados parecen apuntar que no existe una total relación entre dolor-ansiedad, siendo que esta última pueda deberse más a factores cognitivos, de seguridad personal, de capacidad de autogestión ante su dilatación-parto, que a factores directamente provocados por el dolor en el momento de esa fase. Siendo que el control de la ansiedad lo consideramos fundamental en el proceso de la dilatación-parto, entendemos que la manera de controlarlo no es supeditándola al dolor, sino asociándola a los procesos de información, educación, etc, que anteriormente mencionábamos y sobre los que se deberán profundizar en consecuencia.

Vista la gráfica desde la diferencia cultural (Gráfica .-XXIV) se percibe cómo el miedo que la mujer tiene al llegar al curso de P.P.O. es muy similar para los tres niveles culturales no encontrándose diferencia alguna estadísticamente significativa entre ellos.

Después de la P.P.O. (E.I.P.-2) los niveles de dolor al parto han bajado en el total de las mujeres, si bien en este caso las diferencias no son tan apreciables como en otros ámbitos de la P.P.O., lo cual nos hace pensar que el factor "dolor" tiene vinculaciones asociadas con la información y educación pero también con otros factores no muy controlados entre los que pudieran estar elementos culturales, de educación, de refuerzos afectivos de la infancia, etc, que tienen poco que ver con la intervención que se hace con la P.P.O.

Una vez realizado el parto (Gráfica .-XXIV) se aprecia como la expectativa de dolor ha bajado de la que se tenía después de la P.P.O. (E.I.P.-2) y la diferencia se ha transformado en significativa respecto de la expectativa que había de dolor antes de la P.P.O. (Gráfica .-XXIII). Pero cuando estos datos son evaluados desde una perspectiva de nivel cultural (Gráfica .-XXIV) apreciamos que el grupo de mujeres con nivel superior que hasta después del parto mantenían un menor concepto de dolor ante el mismo (aunque no se encontraron en sus puntuaciones medias diferencias estadísticamente significativas), una vez realizado el parto es el grupo que más dolor asocia al hecho del mismo, aunque las diferencias parecen no alcanzar significatividad estadística.

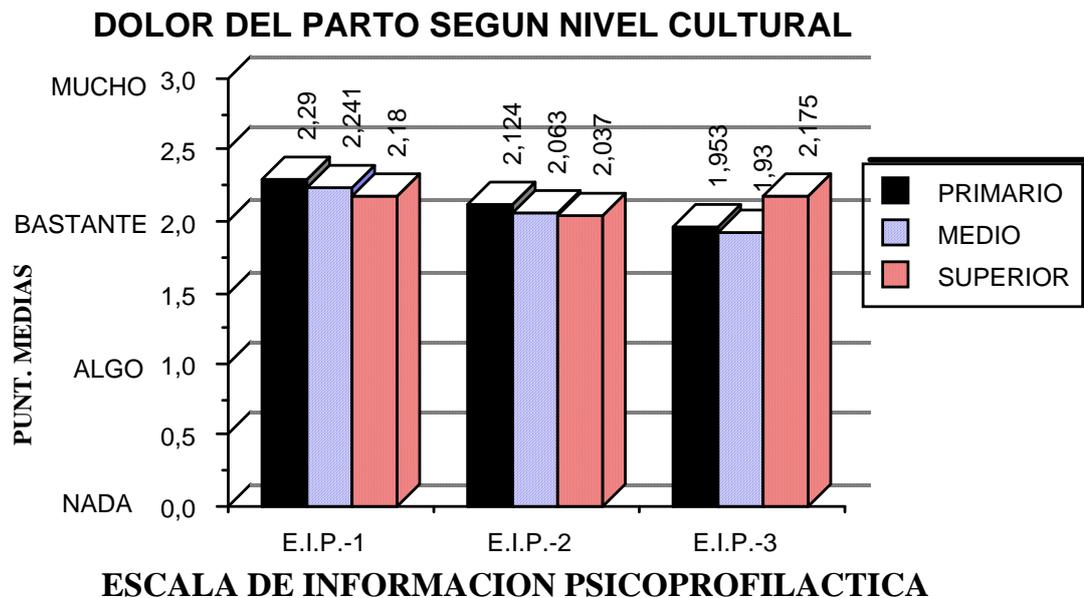
Esto mismo se repite cuando hacemos el análisis de la ansiedad asociada al parto por niveles culturales. Ello, a pesar de que como hemos visto en anteriores gráficas, el nivel cultural superior está asociado a un menor número de hijos, mayor aceptación de los mismos, mayor equilibrio emocional, menor ansiedad, mejor información, y menor miedo antes de la preparación y después de ella. Estos resultados pudieran indicar, salvando siempre la necesaria prudencia de unos datos que no son significativos estadísticamente, lo siguiente:

a).- Parece ser que el concepto de dolor analizado por grupos culturales no guarda relación con otros factores deficitarios de la mujer, como nivel cultural, estabilidad emocional, etc., si no que parece más bien responder a principios de aprendizaje, de refuerzo social y posiblemente afectivos, y como el nivel cultural va asociado a un mayor bienestar económico (que no se analiza en este trabajo), la mayor sensibilidad ante el dolor también pudiera estar asociado a una menor experiencia de dolor y de aguante a las frustraciones.

b).- En segundo lugar, a pesar de ser las mujeres más estables, a nivel de personalidad (EPI/N, STAI/E y STAI/R), después del parto, son quienes perciben más dolor. En consecuencia los resultados

parecen orientarse hacia la conclusión de que no existe una relación directa entre labilidad emocional y aumento de la percepción del dolor. En cambio, sí parece que el dolor experimentado por las mujeres de nivel cultural superior, por las posibles razones anteriormente apuntadas, provoca unos mayores niveles de ansiedad después del parto y que no tenían antes del mismo (personalidad más estables de todos los grupos considerados) y que es en el nivel más elevado exclusivo del nivel cultural "superior", como se aprecia perfectamente en la Gráfica .-XXIV ("Ansiedad ante el parto según el nivel cultural"), respondiendo esta gráfica prácticamente al mismo perfil que la manifestada por el dolor.

GRÁFICA .-XXIV



II.4.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL "TRATO DEL PERSONAL SANITARIO A LA MUJER EMBARAZADA".

Podemos apreciar ante los datos que el trato dado por el personal sanitario va cambiando positivamente (y estadísticamente significativa) la opinión de la misma embarazada respecto a la que tenía hace dos meses. Es evidente que el trato va mejorando conforme pasa el tiempo y sobre todo cuando el trato del personal sanitario se hace más individualizado, que es cuando la mujer da a luz.

La Gráfica .-XXV muestra la percepción que la mujer tiene del trato que se da en el Hospital donde ella va a dar a luz por parte del Personal Sanitario. Los resultados muestran que, ya cuando llegan al Centro, la imagen que tienen se encuentra muy próxima al "bueno (1,25). No obstante la idea que tienen del trato que van a recibir en el Hospital ha mejorado significativamente (5%) a pesar de que durante la P.P.O. en ningún momento se les habla del trato que van a recibir en el Hospital por parte del Personal de Salud. Pues bien, una vez que han dado a luz, el trato que la mujer constata haber percibido por parte del Personal de Salud se acerca mucho más al absoluto de "bueno" (1,06), mejorando positiva y significativamente la imagen, ya "buena" del trato que se daba en el Hospital después de la P.P.O.

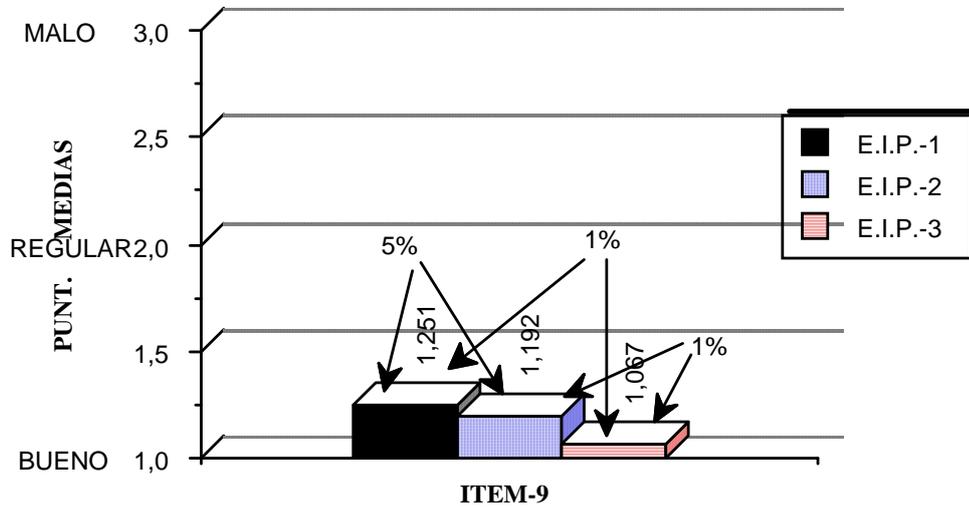
Los resultados obtenidos nos invitan a pensar que esta percepción de mejora continuada que la mujer tiene del trato que se da, o que va a recibir, en el Hospital, se encuentra significativamente correlacionada con el nivel de información, educación y autosuficiencia que va adquiriendo durante la P.P.O. Esta capacitación suministrada en la P.P.O. hace a la mujer menos dependiente del medio, generando en consecuencia, un menor nivel de expectativas de ayuda en su parto por parte del Personal de Salud. Cuando la mujer ingresa estas bajas expectativas se ven superadas por el apoyo, ayuda, etc., que le suministra el Personal de Salud, en consecuencia su interpretación del trato recibido mejora sustancial y significativamente.

Por consiguiente, estos resultados pudieran ser extrapolables al contexto general hospitalario referido a la mayor o menos satisfacción por parte del usuario del trato recibido por el Personal de Salud. Los resultados apuntan a que existen factores asociados a un buen trato hospitalario, pudiendo resumirse

en: factores de información, educación sanitaria, control de la ansiedad del paciente, autosuficiencia o control sobre los tratamientos, conocimiento de las pruebas a realizar así como un control claro sobre los procesos terapéuticos, dolorosos o de otro tipo, junto a técnicas de afrontamiento de dichos procesos.

GRÁFICA .-XXV

TRATO DEL PERSONAL SANITARIO A LA MUJER EMBARAZADA

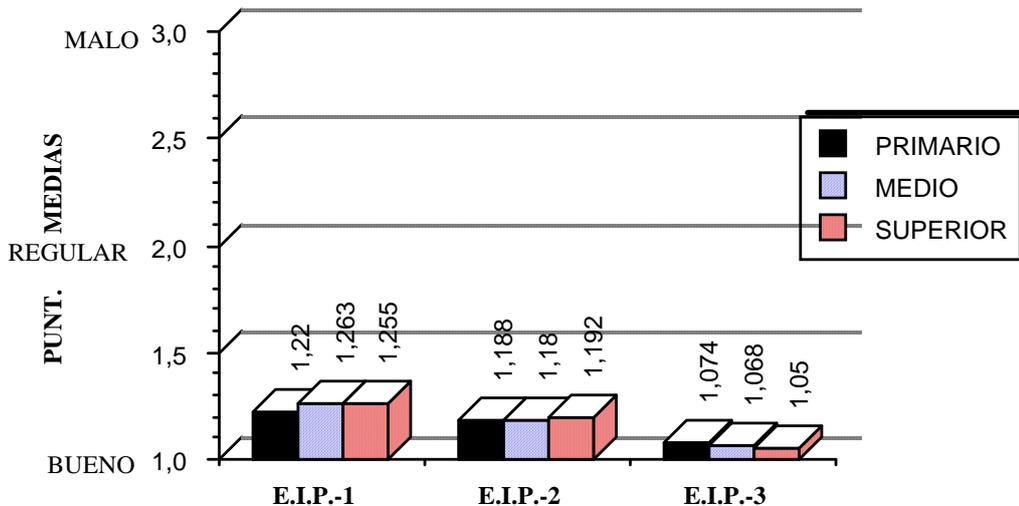


ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

Esperábamos que el *trato del personal sanitario* a la mujer embarazada no tuviera en cuenta el *nivel cultural* de la embarazada. Las mismas mujeres nos ofrecieron su misma opinión en los distintos momentos que tuvieron contacto con nosotros, tanto con el curso de P.P.O. como durante el parto. La Gráfica .-XXVI nos muestra que en los datos no se aprecian diferencias significativas en ninguno de estos tres momentos; es decir, que ha sido la misma mujer la que no se ha sentido discriminada en el trato por parte del personal sanitario en función de su nivel cultural.

GRÁFICA .-XXVI

TRATO PERSONAL SANITARIO SEGUN NIVEL CULTURAL



ESCALA DE INFORMACION PSICOPROFILACTICA

De una forma más específica deseábamos analizar *si el curso de P.P.O. le ayudó durante la dilatación, el expulsivo o la estancia sanitaria*. Confrontada la práctica realidad de dar a luz al bebé que va a nacer, las mujeres pudieron darse cuenta y confrontar personalmente que todo lo que habían aprendido durante el curso de P.P.O. les ayudó algo más que "bastante" tanto en el tiempo de la dilatación como durante el momento del intraparto o expulsivo. Entre ambos prácticamente no hubo diferencias estadísticamente significativas según los resultados (Gráfica .-XX). No ocurrió lo mismo cuando se le preguntó a la mujer embarazada que si durante la estancia hospitalaria el curso de P.P.O. les ayudó. También contestaron que "bastante" pero algo menos, este "menos" llega a ser suficientemente importante como para tenerlo en cuenta, ya que en su confrontación con las puntuaciones medias obtenidas en las variables anteriores ha sido notablemente diferente.

GRÁFICA .-XXVII



II.5.- VARIABLES ANALIZADAS CON RESPECTO AL FACTOR "EXTRAVERSION" DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI).

El factor "E" del EPI (Extraversión) se encuentra en estrecha relación con el grado de excitación-inhibición prevalente del Sistema Nervioso Central (Eysenck, 1960), siendo este equilibrio, probablemente también hereditario en gran parte, y puede tener como intermediaria la Formación Reticular Ascendente (Eysenck, 1963). En consecuencia, Eysenck está atribuyendo al EPI unas condiciones biológicas, hereditarias y constitucionales muy difíciles de modificar por las situaciones ambientales.

Analizada la variable "Extraversión" en la P.P.O., apreciamos de manera esquemática los siguientes índices y variables correlacionales:

✓ Escala de Información Psicoprofiláctica (Modelo.-1)

- E.- Mayor información sobre el embarazo
- E.- Mayor información sobre el parto
- E.- Mayor nivel de autosuficiencia para asistir a su parto.
- E.- Menor valoración del dolor que se siente durante el parto.

✓ Escala de Información Psicoprofiláctica (Modelo.-2):

- E.- Mayor apoyo de los maridos en los embarazos
- E.- Mayor información sobre el parto.
- E.- Mayor seguridad de estar bien informada para asistir a su parto.

✓ **Escala de Información Psicoprofiláctica (Modelo.-3):**

- E.- Mayor miedo y ansiedad provocado por el parto.

II.6.- ANALISIS DE LOS CENTROS DE SALUD:

El análisis de los resultados que a continuación iniciamos se refieren a los Centros de Salud que forman parte de la investigación que anteriormente hemos analizado pormenorizadamente. No obstante y para una total clarificación al lector queremos hacer las siguientes matizaciones:

1ª.- En el presente análisis no están incluidos los centros de P.P.O. de Villalpando y Fuentesauco debido al escaso número de personas que pudieron ser evaluadas.

2ª.- En el Centro de P.P.O. de Zamora, que se lleva a cabo en las instalaciones del Centro de Orientación Familiar de Zamora (INSALUD), están incluidas las unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica de los Centros de Salud de: Diego de Losada, Parada del Molino, Dr. Fleming, Virgen de la Concha, Zamora Norte (rural), Zamora Duero (rural).

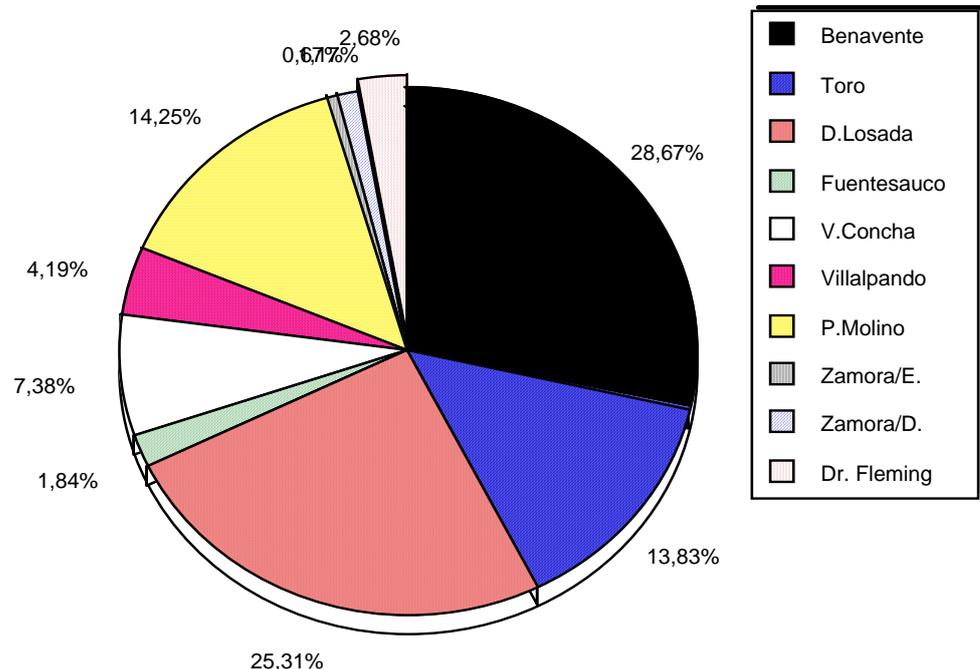
Los dos últimos centros mencionados tienen una distancia media aproximada de Zamora capital de unos 10-15 kmtrs.

3ª.- Los comentarios de las Gráficas sólo serán hechos cuando aporten nuevas informaciones que no fueron recogidas en el estudio general.

En esta Gráfica .-XXVIII sobre los porcentajes de mujeres embarazadas atendidas a las que se les aplicaron alguna de las pruebas de este estudio¹⁰ en los diversos Centros de

GRAFICA.- XXVIII

CENTROS DE SALUD: PORCENTAJES DE MUJERES ATENDIDAS



Salud, podemos apreciar que son los Centros de Benavente y Diego de Losada los que presentan la incidencia mayor. Los Centros con menor porcentaje son los de Zamora/Duero, Zamora/Esla, Dr. Fleming y Virgen de la Concha. Los Centros de Parada del Molino y Toro presentan una incidencia media de mujeres atendidas.

¹⁰ No se debe de identificar con el número de mujeres atendidas ya que a algunas mujeres, por diversas razones, no pudieron efectuárseles las pruebas.

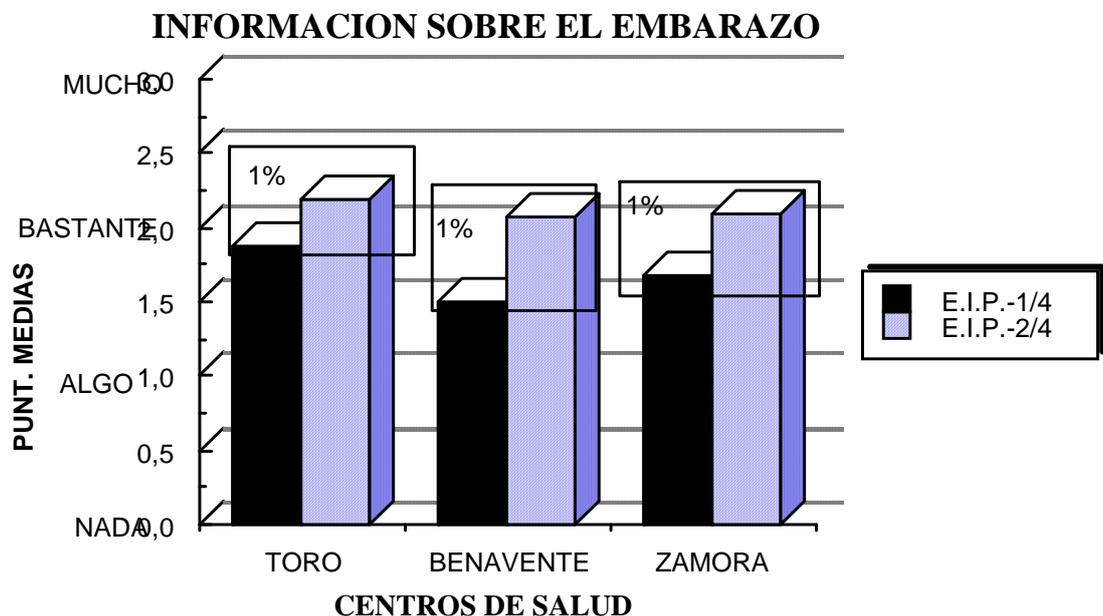
A continuación presentamos a través de una serie de gráficas los diferentes resultados obtenidos en el Centro de Salud de Toro, de Benavente y en los Centros de Zamora-capital, identificados respectivamente por "Toro", "Benavente" y "Zamora".

Para una correcta interpretación hemos de recordar al lector que el modelo 1 de la Escala de Información Psicoprofiláctica (E.I.P.-1) fue aplicada antes de realizar el curso de P.P.O., el modelo 2 (E.I.P.-2) fue aplicada cuando la mujer terminó de realizar el curso de P.P.O. y antes de dar a luz, y el modelo 3 (E.I.P.-3) fue aplicado dentro de las 24 horas siguientes al parto.

II.6.1.- Información sobre el embarazo (Gráfica XXIX):

Analiza el nivel de información que la mujer tiene sobre el embarazo cuando inicia la P.P.O. (7º mes) y cuando la termina (9º mes). Los tres Centros de información analizados expresan diferencias significativas (1%) en los resultados. Llegan al centro con "algo" de información y según su propia valoración todas salen de la P.P.O. con una valoración superior a "bastante".

GRÁFICA .-XXIX



Analizados los datos por Centros de P.P.O. y basándonos en los resultados obtenidos en el estudio general se pueden hacer las siguientes reflexiones:

a).- Se aprecia en las mujeres, según sus Centros de Salud, distintos niveles de información previa cuando inician la P.P.O. Por contra, cuando terminan la P.P.O. las diferencias no sólo han sido positivamente modificadas (n.c. 1%) sino que se han equilibrado entre los distintos Centros de Salud, y ahora son prácticamente iguales.

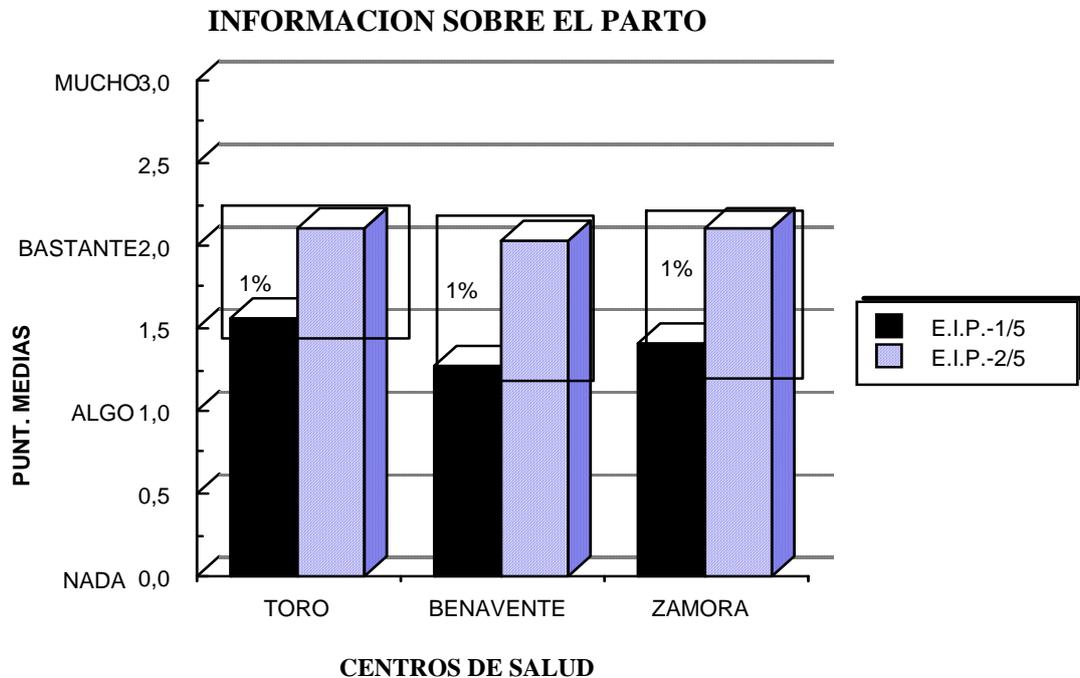
b).- Del análisis del estudio general podemos inferir que Toro tiene el nivel cultural más elevado, ya que son las mujeres que previamente a iniciar la P.P.O. están mejor informadas (este aspecto lo iremos confirmando continuamente en posteriores gráficas). En consecuencia serán las que menos hijos tienen (1 hijo), personalidad más estable, mayor aceptación de su embarazo, menor ansiedad ante el parto cuando llegan a la P.P.O. y mayor apoyo del marido y familia a su embarazo. Por contra, es Benavente quien tiene el nivel de información más bajo y, posiblemente, el nivel cultural más bajo, mayor número de hijos (3), mayor ansiedad cuando llegan, menor aceptación del embarazo y menores apoyos del marido/familia, etc.

II.6.2.- Información sobre el parto (Gráfica .- XXX):

Analiza por Centros de Salud el nivel de información que la mujer tiene sobre el parto cuando inicia la preparación (7º mes) y cuando termina la misma (9º mes). Nuevamente las diferencias que se obtienen

entre el antes y el después son significativas (n.c. del 1%). Igualmente se aprecia como la cantidad de información que tienen sobre el parto es distintas de unas Unidades a otras cuando comienza la P.P.O., mientras que cuando se termina la misma (9º. mes) el nivel de información es valorado por las distintas Unidades prácticamente con la misma valoración (superior a “bastante”).

GRÁFICA .-XXX



Analizados por Centros de Salud, nuevamente es Toro quien mayor cantidad previa de información tiene, ratificando su probable mayor nivel cultural y lo que ello conlleva. Nuevamente es Benavente quien manifiesta un menor nivel cultural, considerando su información previa a la P.P.O. un poco por encima de “algo”.

II.6.3.- Ayuda de la P.P.O. (Gráfica .-XXXI)

Evalúa una vez que se ha producido el parto, el nivel de ayuda que para la mujer ha significado la P.P.O. en lo que se refiere a la “dilatación”, “expulsivo” y “estancia hospitalaria”.

Es necesario destacar cómo los tres grupos de mujeres ofrecen unos niveles de alta eficacia a su parto debido a la P.P.O. y sobre la puntuación máxima de “3” (“mucho”), evalúan su eficacia por encima de la puntuación “2” (“bastante”). Comparando las tres unidades de P.P.O. se aprecian ligeras diferencias entre los Centros, valorando las mujeres respectivas de distinta manera los aspectos anteriormente mencionados, que no coinciden con las otras unidades. Por ejemplo, mientras que Toro tiene un perfil equilibrado en los tres aspectos (dilatación, expulsivo y estancia hospitalaria), las mujeres de la unidad de P.P.O. de Benavente valoran significativamente (n.c. del 1%) como más eficaz la **dilatación** (2,5), y en cambio, las mujeres de la Unidad de Zamora valoran significativamente (n.c. del 1%) como más eficaz el “expulsivo”, en detrimento de la “estancia hospitalaria”, que es la que menos puntúa.

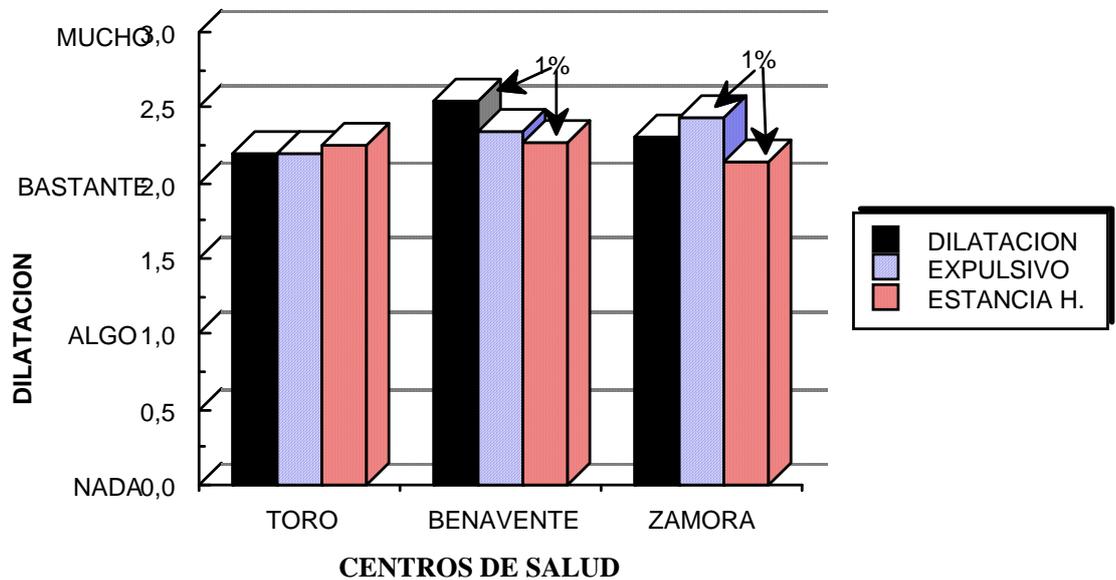
Tal vez estas diferencias percibidas se deben a la intervención directa de la matrona y a su personal forma de incidir dentro de la preparación en aquellos aspectos que valore como más fundamentales para la mujer embarazada.

II.6.4.- Trato del personal de salud a la mujer embarazada (Gráfica .- XXXII).

Evalúa la opinión que la mujer embarazada tiene del trato que se da en el Hospital. Esta evaluación es pulsada antes de la P.P.O.(7º. mes) y después de la P.P.O. (9º. mes).

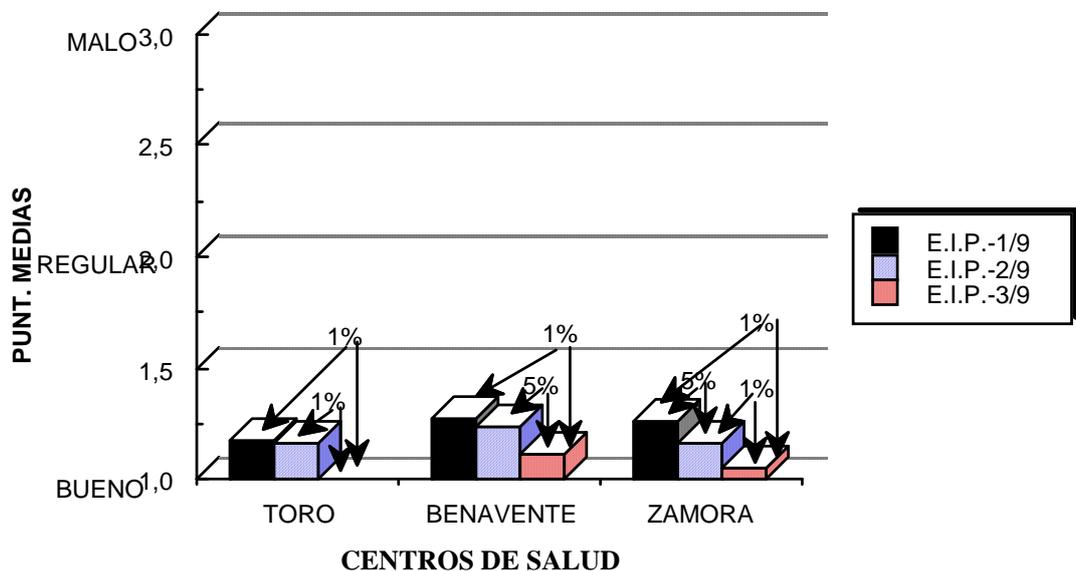
GRÁFICA .-XXXI

AYUDA DE LA P.P.O.



GRÁFICA .- XXXII

TRATO DEL PERSONAL DE SALUD A LA EMBARAZADA



Como ya vimos en el estudio general, la percepción que la mujer tiene en el trato que se da en el Hospital es considerado casi “bueno”.

Analizado por Unidades: Toro muestra una mínima diferencia entre el antes y el después de la P.P.O., mientras que, por el contrario, después del parto indican, la práctica totalidad de las mujeres, que el trato recibido en el Hospital es evaluado como “bueno”, existiendo en consecuencia diferencias significativas con el antes y el después de la P.P.O. (n.c. del 1%). La unidad de P.P.O. de Benavente que, como indicábamos en anteriores análisis parece tener el grupo de población con más bajo nivel cultural, manifiesta un nivel de trato que, con ser en sí mismo satisfactorio, es el menos positivo de las tres

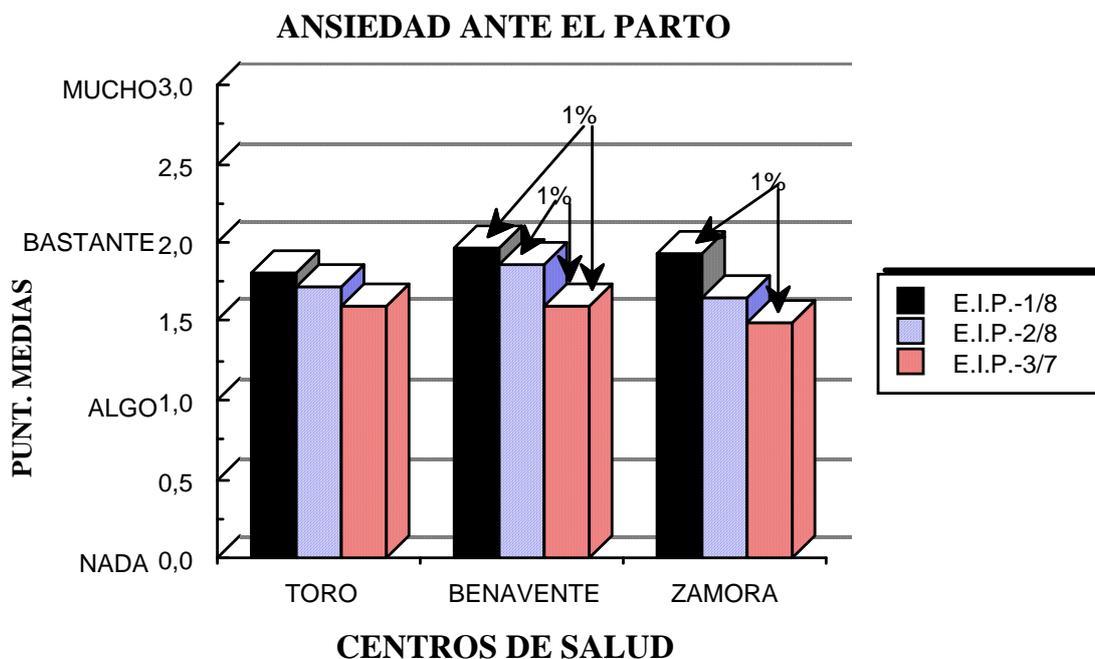
Unidades de P.P.O. estudiadas, y esto tanto en la evaluación realizada antes de comenzar la P.P.O. como después de la misma. Una vez terminada la P.P.O. el trato percibido por la mujer difiere positivamente de manera significativa de la imagen que tenía antes y después de la P.P.O. (n.c. del 1% y 5% respectivamente). No obstante sigue dando, con ser muy satisfactorio, el nivel más bajo de satisfacción de las tres Unidades. Tal vez los resultados ahora analizados pudieran tener justificación en el hecho de que Benavente tenga un Hospital comarcal en el que la mujer deseara dar a luz generando, a nivel cognitivo, la expectativa de que en dicho Hospital hubiesen sido mucho mejor tratadas, debido a la proximidad y a las connotaciones afectivas y de seguridad que dicha situación hospitalaria conlleva.

La Unidad de Zamora parte de una percepción de trato casi “buena” para mejorarlo significativamente después de la P.P.O. (9º mes) y volver nuevamente a confirmar dicha mejoría de trato después del parto de manera claramente significativa (n.c. 1%) hasta aproximarse al absoluto de “bueno”.

II.6.5.- La ansiedad ante el parto (Gráfica .-XXXIII):

La evaluación de los niveles culturales a los que tanto en el comentario general como en el análisis posterior de las Unidades venimos confirmando, parecen reforzar el hecho de que la Unidad de Toro tiene un alto nivel de mujeres primíparas con un nivel cultural superior. Este dato nos viene confirmado nuevamente por el análisis de la ansiedad ante el parto.

GRÁFICA .-XXXIII



Apreciamos cómo el nivel de ansiedad de las mujeres de la Unidad de Toro, antes de iniciar la P.P.O., son las que menos nivel de ansiedad manifiestan, en comparación con el resto de las Unidades analizadas (Zamora y Benavente). La diferencia que se da después de la P.P.O. (9º mes) no es estadísticamente significativa, aunque disminuye cuantitativamente; pero la ansiedad que la mujer manifiesta haber sufrido en el parto cuantitativamente; pero la ansiedad que la mujer manifiesta haber sufrido en el parto (E.I.P.-3) no disminuye significativamente, como ocurre en las demás Unidades estudiadas, sino que mantiene los mismos niveles de ansiedad que ya tenía cuando inició la P.P.O. Este, con ligeras diferencias, es el perfil que se veía en el estudio general y que correspondía a un tipo de población asociado, recordamos, a un nivel cultural superior, menos número de hijos, mayor equilibrio de la personalidad rasgo, etc., pero también menos capacidad de frustración, de aprendizaje, de tolerancia al dolor y a situaciones traumáticas en general, por lo que aún, teniendo las mejores condiciones previas era, en el posparto, quien valora más negativamente la experiencia del parto tanto en el ambiente del dolor como en el subsiguiente de la ansiedad.

El resto de las Unidades analizadas responden también a los perfiles del estudio general. Se percibe cómo la intervención de las distintas matronas en sus respectivas Unidades de influencia logran disminuir progresivamente las expectativas de ansiedad (E.I.P.-2) y cómo éstas se ven significativamente (1%) confirmadas por la valoración que la mujer hace después del parto.

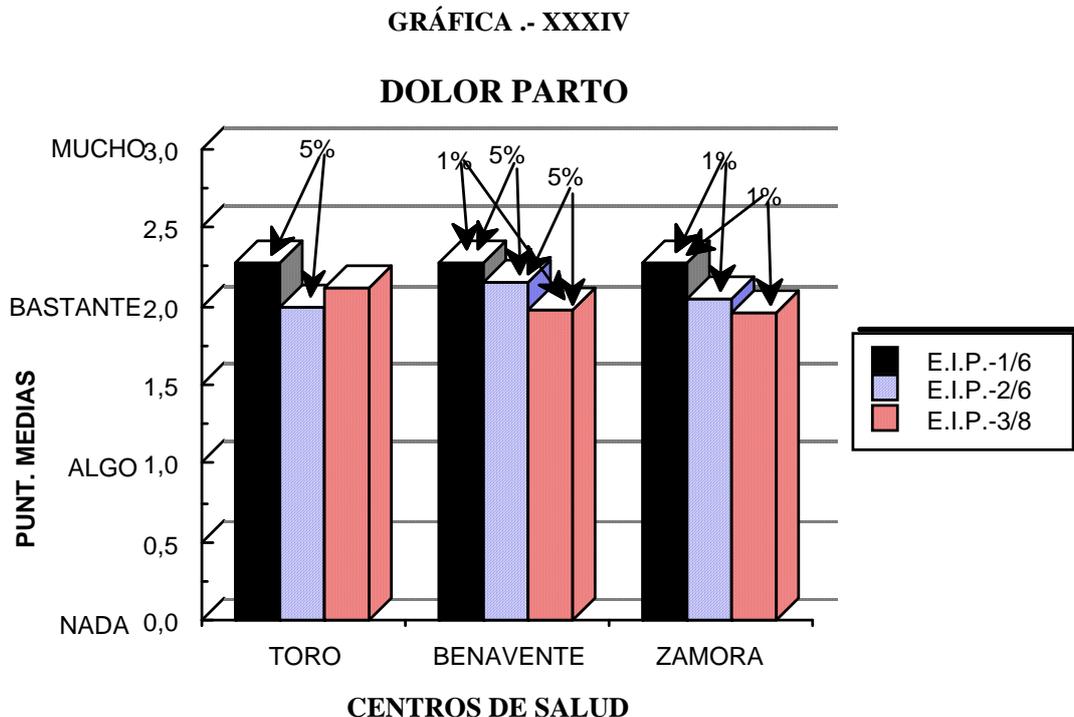
Entendemos que en esta uniformidad de resultados tiene mucho que ver el tipo de intervenciones unitario que se hace, tipo y forma de técnicas implantadas así como las ideas a implementar y, en general, en responder de manera uniforme por todas las Unidades al programa de P.P.O. establecido.

II.6.6.- Dolor en el parto (Gráfica .-XXXIV)

Exponemos intencionadamente esta gráfica que entendemos se encuentra claramente asociada a la anterior (ansiedad ante el parto. Gráfica .-XXXIII) para que nos permita percibir de manera inmediata cómo los resultados anteriormente mencionados tienen ratificación en este nuevo perfil del dolor en el parto.

Analizado por Unidades, las tres (Toro, Benavente y Zamora) muestran unos niveles de percepción del dolor ante el parto que responde posiblemente, más que al nivel cultural de la población estudiada, a “criterios culturales” del dolor en el parto, ya que los tres grupos analizados, antes de iniciar la P.P.O., ofrecen unos niveles de dolor en el parto prácticamente iguales (más que “bastante”) sin que ahora el factor cultural tenga alguna incidencia positiva. El proceso de intervención llevado a cabo durante la P.P.O. hace que, cuando al término de la misma (9º mes) se hace nuevamente el estudio (E.I.P.-2), los tres grupos disminuyen significativamente el nivel de ansiedad ante el parto (n.c. del 5%, 5% y 1%, respectivamente), ratificando una vez más la eficacia del equipo multidisciplinar en la intervención de la P.P.O.

Pero una vez producido el parto percibimos cómo el nivel cultural parece ser que vuelve a mostrar sus características diferenciando a una Unidad de las otras en sus resultados. Y es nuevamente la Unidad de P.P.O. de Toro, a la que atribuimos el mayor nivel cultural, la que nuevamente, por las razones anteriormente mencionadas, percibe el dolor como superior a la expectativa cognitiva que ella misma se había marcado después de la P.P.O. Por el contrario, los niveles culturales supuestamente inferiores, con más desventajas previas, ven sus expectativas cognitivas, generadas después de la P.P.O. (E.I.P.-2), mejoradas por un dolor en el parto menor del que ellas mismas habían creído, siendo esta mejoría más significativa en la Unidad de Benavente.



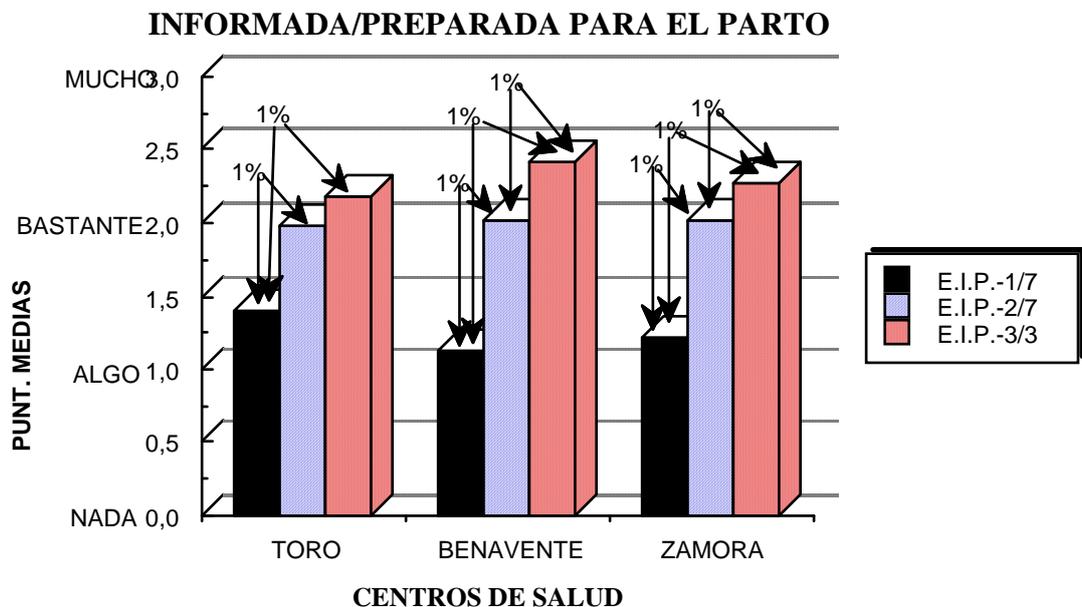
II.6.7.- Informada/preparada para el parto (Gráfica .-XXXV):

Evalúa la seguridad de encontrarse capacitada, en mayor o menor medida, para asistir a su parto, así como la confirmación de dicha capacitación.

Es una de las gráficas que nos permite hacer una visión crítica de nuestra intervención general en el Programa de P.P.O., ya que encierra en la práctica la sensación o percepción que la mujer tiene, a nivel cognitivo, de sentirse capacitada para dirigir su propio parto. Esta seguridad viene respaldada por diversos niveles de información, técnicas de relajación, respiración, pujes, posturas, educación sanitaria, control emocional y de la ansiedad, control de los estímulos fóbicos, dominio y conocimiento del medio, etc.

Los resultados, como ya ocurría en el estudio general, son altamente gratificantes y validan el criterio de saber que el programa está cumpliendo los objetivos previstos en su inicio y también que el papel de la matrona, junto al equipo multidisciplinar que le apoya, responde a la necesidad social para la que ambos fueron requeridos.

Los resultados confirman diferencias claramente significativas en las tres Unidades estudiadas. Partiendo de una información que valoran como “algo” al inicio de la P.P.O.

GRÁFICA .- XXXV

(E.I.P.-1), pasan dos meses después a considerarse como “bastante” informada y preparada para asistir a su parto (E.I.P.-2), y nuevamente esta expectativa se aprecia satisfactoriamente confirmada cuando las tres Unidades, después del parto (E.I.P.-3), ratifican dicha .

Entendemos que estos resultados son susceptibles de una más detenida reflexión, bien a nivel individual con cada una de las diferentes gráficas expuestas en este estudio, o bien a nivel comparativo con la totalidad de las mismas, pudiendo obtener de estas reflexiones conclusiones suficientes como para orientar y dar origen a nuevos proyectos y nuevas investigaciones sobre nuevas variables y diseños que ayuden a mejorar la salud de la embarazada y de la mujer en general, todo a través de un personal multidisciplinar en el que el desarrolla un papel importante la figura de la matrona.

IV.- CONCLUSIONES:

Cuando en 1986 comienza el Centro de Orientación Familiar del INSALUD a coordinar la P.P.O. que las matronas ya venían haciendo de manera aislada, nos propusimos con la colaboración de los responsables de la Atención Primaria el dotar en primer lugar a las unidades de P.P.O. de unos materiales

técnicos que tanto en cantidad como en calidad reuniesen las condiciones necesarias para asegurar los objetivos que ya entonces nos propusimos. Además pretendimos ser críticos con nuestra labor. No nos conformábamos con hacer la P.P.O.; se había invertido un dinero en las Unidades y necesitábamos saber si dicha inversión tenía o no justificación. Pero no era esto lo más importante, necesitábamos saber cuál era el papel real, sin miedos a los resultados, de la P.P.O. en la mujer embarazada. Necesitábamos saber si la intervención técnico-educativa de la matrona era rentable o no para la salud de la mujer.

Han pasado cinco años durante los cuales hemos controlado una muestra de más de mil mujeres embarazadas, lo que da una media superior a las 200 mujeres por año. Esta cantidad se hace más importante cuando el número de partos en el Hospital de la Seguridad Social en 1985 fue aproximadamente de 300. Ahora con el estudio que hemos llevado a cabo en estos cinco años tenemos unos resultados claros que se muestran como evidentes y que nos permiten hacer las siguientes conclusiones:

1ª.- Se han justificado perfectamente las inversiones económicas realizadas. El papel de la matrona y del equipo multidisciplinar que ha intervenido, así como el programa de investigación realizado y los medios técnicos empleados se han mostrado eficaces.

2ª.- El cambio operado en la mujer, evaluado a través de los controles establecidos antes del inicio de la P.P.O., después de la P.P.O. y después del parto, nos ha permitido apreciar cambios muy significativos en la aceptación de embarazos, en los niveles de información sobre el embarazo y sobre el parto, en la ayuda que la P.P.O. proporciona en la dilatación, expulsivo, estancia en el Hospital, en la disminución de la ansiedad y el miedo al dolor, etc.

3ª.- Hemos podido comprobar cómo el nivel cultural considerado como “primario” puede convertirse en un factor potencial de riesgo en la mujer embarazada, debido a que se encuentra asociado a un mayor número de embarazos-partos, más ansiedad e inestabilidad emocional.

4ª.- También indicar que nuestros procesos de intervención psicológica individualizada de cara a mejorar el proceso de dilatación-parto, tendrá que modificarse y orientarse hacia las personas de nivel cultural considerado como “superior” que, siendo las personas con menor número de hijos, mayor equilibrio de personalidad y mejor informadas, cuando llegan a la P.P.O., cuando éste termina, no se sienten seguras de su capacitación, perciben los partos como más dolorosos y asociado a ello unos niveles de ansiedad superiores a los que experimentan las mujeres de nivel cultural “medio” y “primario”, siendo estas últimas mucho más desfavorecidas como habíamos comentado anteriormente.

5ª.- Los resultados parecen indicar, visto el contexto de la prueba, que la extraversión está asociada predominantemente a mujeres de nivel cultural alto, con un hijo, buen nivel de información sobre el embarazo y parto, capacitada para asistir a su parto, en un principio con una menor valoración sobre el dolor y miedo a sufrir en el parto (E.I.P.-1). Mayor apoyo del marido debido a un menor número de hijos, más segura después de la P.P.O. (E.I.P.-2) de estar capacitada para asistir a su parto. Pero una vez realizado el mismo (E.I.P.-3) indica haber sufrido un mayor miedo y ansiedad provocado por la dilatación-parto.

6ª.- Por último destacar el buen concepto que la mujer tiene del trato que se percibe en el Hospital antes de ingresar en el mismo, ya que cuando inician la P.P.O. lo consideran como “bueno”. No obstante, a pesar de no hablarles en ningún momento del trato que van a recibir en el Hospital, éste mejora significativamente cuando se hace la nueva evaluación después de la P.P.O. y vuelve a mejorar cuando la mujer ha dado a luz. Los resultados parecen indicar que dicho cambio favorable se va produciendo a medida que se van aumentando los niveles de información, las estrategias de intervención y los niveles de autosuficiencia en la mujer, así como el control del medio en el que la mujer va a dar a luz.

Todas estas y otras conclusiones, satisfactorias en sí mismas y que responden a los objetivos que nos habíamos marcado en la primera fase (1985), serán la base de sustentación del nuevo proceso de investigación que vamos a seguir realizando en este ámbito de la P.P.O., después de la necesaria modificación de objetivos y, en la medida de lo posible, de la modificación de los mismos, junto con un estudio más generalizado de las repercusiones que para la mujer embarazada tiene el hecho hacer o no el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

En la ciudad de Zamora, Febrero de 1992

Bibliografía

Aguirre de Carcer, A. (1985): Preparación al parto. Ed. Morata, Madrid.

- American Psychiatric Association (1988): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM.-III-R). Masson, S.a., Barcelona.
- Atevens, R.J., y Heide, F. (1977): Analgesic Characteristics of prepared childbirth techniques: Attention jocusin and systematic relaxation. Journal Psychosomatic Research, pg. 21.
- Avia, M.D. (1980): El control cognitivo del dolor: estrategias y técnicas. Revista de Psicología General y Aplicada, Vol.35 (1), 99-114.
- Beck, N. C. (1978): Natural Childbirth: a review and analysis. Obstetrics Gynecology, 371-379.
- Beck, N.C. (1980): Labor preparation and behaviou medicine. Int. Journal. Mentalt. Health. Vol. 9, 1-2.
- Beck, N.C.; Siegel, L.J. y otros. (1980): The medicion of pregnancy aoutcomme: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. Journal. Psychosomatic Research., Vol. 24, 343-351.
- Bing, E. (1967): Six practical lesson for an easier childbirth. New York, Grosset-Dunlap.
- Brewin, Ch.; Bradley, C. (1982): Perceived control and the experience of childbirth. British Journal of Clinical Psychology, Vol. 21(4) 263-269.
- Brien, M., Haverfield, N., Shanteau, J. (1983): How Lamaze-prepared parents select obstetricians. Research in Nursing and Health, Vol.6(3) 143-150.
- Broome, M.E., Koehler, Ch. (1986): Childbirth education: A review of effects on the woman and her family. Family and Community Health, Vol. 9(1) 33-44.
- Carreras, J.M^a.: (1987): Preparación física para el embarazo, parto y posparto. Ed. Mèdici, Barcelona.
- Cogan, R.; Perkowski, S. and Anderson, D. (1988): Memories of labor and birth: Relñiability of postpartum questionnaire reports. Perceptual and Motor Skills, Vol.67(1) 75-79.
- Copstick, S.M., Taylor, K.E., Hayes, R., and Morris, N. (1986): Partner support and the use of coping techniques in labour. Journal of Psychosomatic Research, Vol.30(4) 497-503.
- Crandon, A.J. (1979): a) Maternal anxiety and Obstetric complications. b) Maternal anxiety and neonatal well being. Journal Psychosomatic Research, 23, 108-113.
- Chalmers, B., Meyer, D. and Werner, Sh. (1987): Training childbirth educators: Assessing changes in intent following and educational intervention. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Vol. 6(3) 225-233.
- Denney, D.R., y Frisch, M.B.: (1981): The role of Neuroticism in Relation to life stress and Illness. Journal Psychosomatic Research, 303-307.
- Enríquez, A. y García Moreno, A. (1981): La preparación al parto: Psicoprofilaxis Obstétrica. Delegación de Sanidad. Ayuntamiento de Madrid.
- Ewy, D., y Ewy, R.: (1970): Preparation for Childbirth. Boulder, CO. Pruett.
- Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1987): Cuestionario de personalidad (EPI). Adaptación española: Sección de estudios de TEA Edicciones, S.A., Madrid
- Garcia Moreno (1985): El Parto y sus problemas: Psicología y psicoprofilaxis obstétrica. En Jose A. Carrolles (1985): Análisis y modificación de la conducta.-II. Vol. 2, 425-471.
- Garcia Moreno, A. (1983): Informe sobre salud Materno-infantil tras un año de trabajo en el CPS de Moratalaz-Vicálvaro. II Jornada Médico Comunitaria 1º de Octubre. Madrid, Octubre.

- García Moreno, A. (1983): Programa piloto en Salud Materno Infantil en el Centro de Promoción de Salud de Moratalaz-Vicálvaro. 2º. Congreso de la Asociación Española de Terapia Conductista. Segovia, Noviembre.
- Harmon, T.-M; Hynan, M.T.; Tyre, T. E. (1990): Improved obstetric outcomes using analgesia and skill mastery combined with childbirth education. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 58(5) 525-530.
- Hillier, C. A. And Slade, P. (1989): The impact of antenatal classes on knowledge, anxiety and confidence in primiparous women. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol. 7(1) 3-13.
- Hodnett, E.D.; Osborn, R. W. (1989): Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. Research in Nursing and Health, Vol.12(5) 289-297.
- Jordan, B. (1989): Cosmopolitical obstetric: some insights from the training of traditional midwives. Social Science and Medicine, Vol.28(9) 925-937.
- Knapp, C., Hamm, R.J. and Weinberg, M. (1986): Psychoprophylaxis in childbirth. Birth Psychology Bulletin, Vol.7(1-2) 50 p.
- Kondall y Scetnicka (1972): Sistematic Desensitization as a method of preparation for Childbirth. Journal Behavior Therapy and Exp. Psychiatric, 3.
- Lamaze, F. (1958) Painless Childbirth. London. Burke
- Lederman, E.; Lederman, R.P.; Work, B.S. y Mccann, D. (1979): Maternal psychological and Phisyological correlates of fetal-newborn healt status. Annual Psychology Association. Convectuion. New York.
- Leventhal, E. A., Leventhal, H., Shacham, S. and Easterling, D. (1989): Active coping reports of pain from childbirth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 57(3) 365-371.
- Lindberg, Ch., Lawlis, G.F. (1988): The effectiveness of imagery as a childbirth preparatory technique. Journal of Mental Imagery, Vol. 12 (1), 103-113.
- Lindell, S., Rossi, M.A. (1986): Compliance with childbirth education classes in second stage labor. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol.13(2) 96-99.
- Lowe, R.H., Frey, J.D. (1983): Predicting Lamaze childbirth intentions and outcomes: An extension of the theory of rasoned action to a joint outcome. Basic and Applied Social Psychology, Vol.4(4) 353-372.
- Lunardi, C. (1981): Come integrare la figura paterna in una nuova concezione psicosomática della profilassi ostetrica. Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi, Vol. 22(1) 69-77.
- Majolino, A. et al. (1982): Preparazione di gruppo al parto in autohipnosi. Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi, Vol. 23(1-2) 71-74.
- Manderino, M. A., Bzdek, V. M. (1984): Effects of modeling and information on reactions to pain: A childbirth-preparation analogue. Nursing Research, Vol. 33(1) 9-14.
- Mayor, J., Labrador, F. (1987): Manual de Modificación de Conducta. Ed. Alhambra, Madrid
- Mccraw, R. K.; Abplanalp, J.M. (1982): Motivation to take childbirth education: Implications for studies of effectiveness. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol.9(3) 179-182.
- Melzack, R. (1984): The myth painless childbirth (the John J. Bonica lecture). Pain, Vol. 19(4) 321-337.

- Melzack, R., Taenzer, P., Felman, P. and Kinch, R.A. (1983): Il travaglio e ancora doloroso dopo il training di preparazione al parto. Richerche di Psicologia, Vol. 7(27) 215-233.
- Moore, D.S. (1983): Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. Nursing Research, Vol. 32(2) 73-79.
- Mulcahy, R.A., y Janz, N. (1973): Effectiveness of raisin pain perception threshold in males and females using a psychoprophilactic childbirth technique during induced pain. Nursing Research, 22.
- Muruaga, S. y Nogueiras, B. (1985): Prevención de la Depresión posparto. En I Jornadas de Mujer y Salud Mental. Documento Nº. 6. Ministerio de Cultura, Madrid.
- Nelson, M. (1982): The effect of childbirth preparation on women of different social classes. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 23(4) 339-352.
- Omer, H. (1987): A hypnotic relaxation technique for the treatment of premature labor. American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 29(3), 206-213
- Patton, L.L., English, E.C. and Hambleton, J.D. (1985): Childbirth preparation and outcomes of labor and delivery in primiparous women. Journal of Family Practice, Vol. 20(4) 375-378.
- Read, E.D. (1944): Childbirth without fear: the principles and Practice of Natural Childbirth. New York, Harper-Row, Publishers.
- Ruiz Elvira, C. (1982): Historia de la P.P.O. en España. I Jornadas Municipales de P.P.O. Diputación Provincial de Madrid.
- Salleras, L. (1985): Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid, Díaz de Santos.
- Shearer, M.H. (1980): The prenatal Exercise: Part I: Posture. Birth and the Family Journal. Vol. 8: 2, 105-108.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene R.E. (1987): Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Adaptación española: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A. Madrid.
- St. James R.I.; Hutchinson, Ch.M. Haran, F.J. and Chamberlain, G. (1982): Use of electromyographic and skin-conductance biofeedback relaxation training to facilitate childbirth in primiparae. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26(4), 455-462.
- St. James R.I.; Hutchinson, Ch.M. Haran, F.J. and Chamberlain, G. (1983): Can biofeedback-based relaxation training be used to help women with childbirth? Journal of Reproductive and Infant Psychology. Vol. 1(1), 5-10.
- Terris, M. (1980): La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI.
- Tiba, J. (1990): Clinical, research and organizational aspects of preparation for childbirth and the psychological diminution of pain during labour and delivery. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol.7(1) 61-64.
- Velvosky, Platonov, Ploticher y Smugon (1919): Painless Childbirth Through Psychoprophilaxis. (Traducido al inglés por D.A. Mychne. Foreign Languages Publishing House, 1960). Moscow.
- Vellay, P. y otros (1959): Childbirth without pain. En E.P. Dutton. Co. Inc. New York.
- Venn, J. (1986): Hypnosis and the Lamaze method: A reply to Wideman and Singer. American Psychologist, Vol.41(4) 475-476.

- Venn, J. (1987) : The Stanford Hypnotic Clinical Scale and group of obstetrical patients. American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 30(1) 66-70.
- Walker, B., Erdman, A. (1984): Childbirth education programs: the relations between confidence and knowledge. Birth Issues in Perinatal Care and Education, Vol. 11(2) 103-108.
- Whipple, B.; Josimovich, J.B. and Komisaruk, B.R. (1990): Sensory thresholds during the antepartum, intrapartum and postpartum periods. International Journal of Nursing Studies, Vol. 27(3) 213-221.
- Wideman, M.V., Singer, J.E. (1984): The role of Psychological mechanisms in preparation for childbirth. American Psychologist, Vol. 39(12) 1357-1371.
- Worthington, E.L. (1981): Labor Room and Laboratory: Clinical Validation of the cold pressor as a means of testing preparation for childbirth strategies. Journal Psychosomatic Research (In. Press, 1981).
- Worthington, E.L. (1982): Labor room and Laboratory: Clinical validation of the cold pressor as a means of testing preparation for childbirth strategies. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 26(2) 223-230.